



RENCONTRE SEMAINE SÉCURITÉ DES PATIENTS « CAPITALISER SUR LA DÉCLARATION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES »

25 Novembre 2021





RETOURS D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN RÉGION HAUTS DE FRANCE

Intervenants:

Isabelle CARPENTIER et Cynthia CHOQUET
Pharmaciens **OMEDIT HDF**



QUELQUES CHIFFRES

- Selon la méthode OMéDIT, sur la base du volontariat

→ 2654 déclarations en 2018

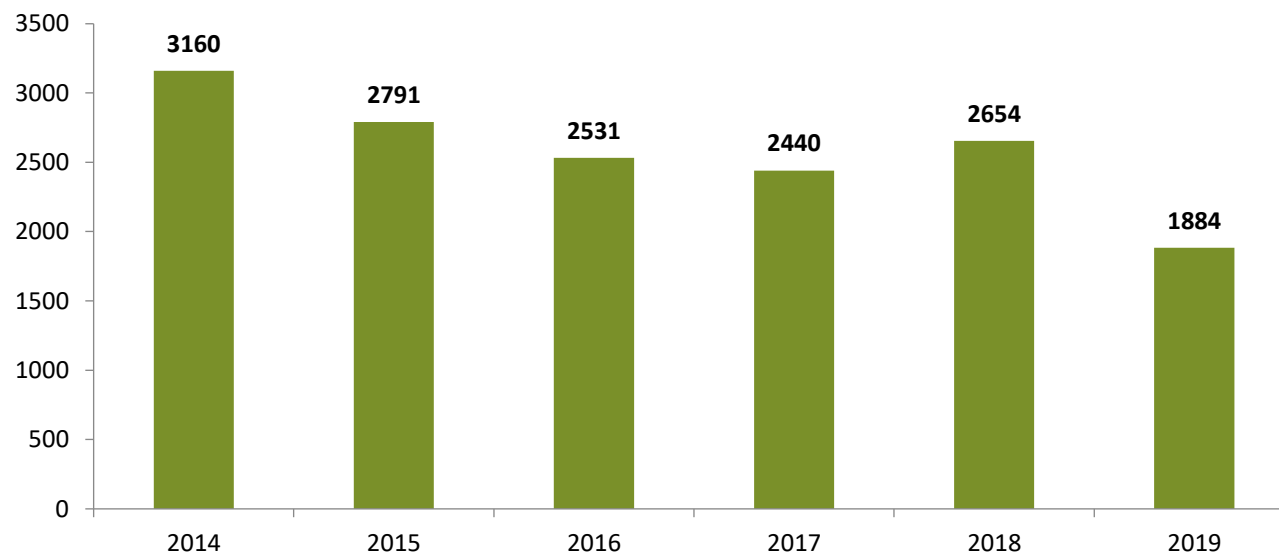
→ 1884 déclarations en 2019

- Ex Erreurs médicamenteuses impliquant :

- Un **never events** : 128 *
- Un pb **identitovigilance** : 268 *
- Une **erreur de programmation** : 77 dont 37 en HAD

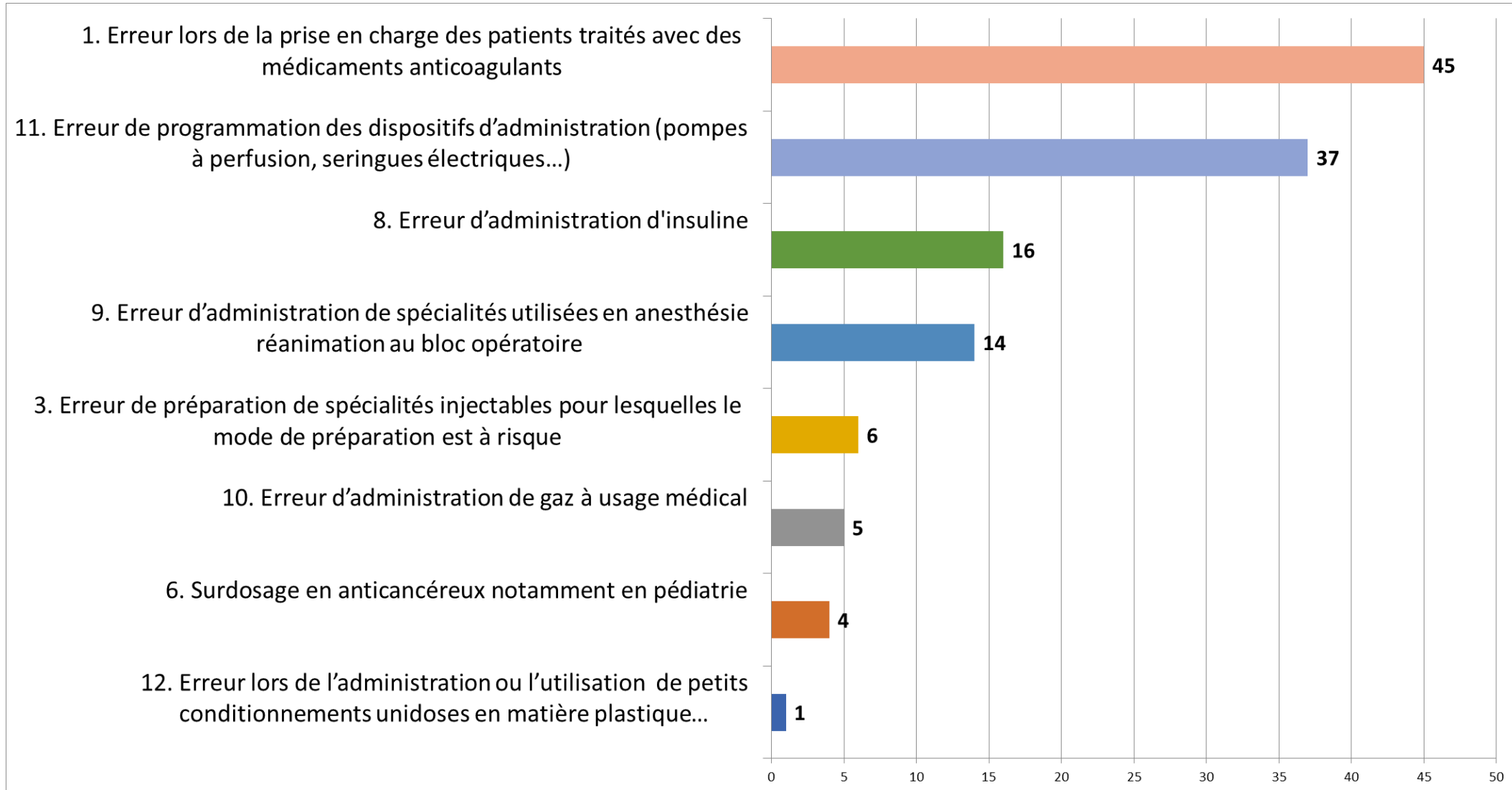
* Données 2019

DÉCLARATIONS D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES (EM) ENVOYÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS



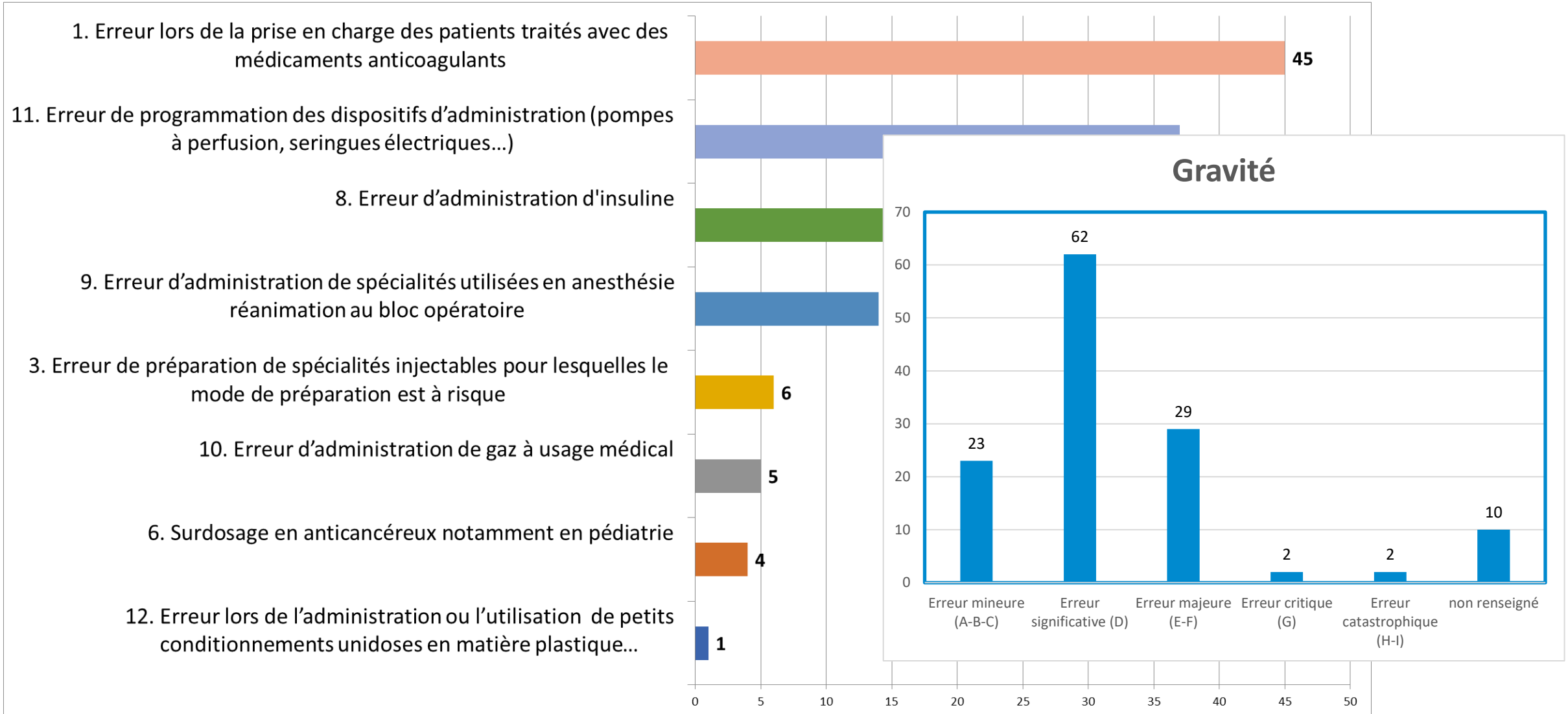
NEVER EVENTS & DECLARATION DES ERREURS MEDICAMENTEUSES

DONNÉES 2019 HDF



NEVER EVENTS & DECLARATION DES ERREURS MEDICAMENTEUSES

DONNÉES 2019 HDF





QUELS MÉDICAMENTS CONCERNÉS

En Hauts de France, sur la base des déclarations des erreurs médicamenteuses 2019, seule une **dizaine** de classes médicamenteuses sont impliquées .

La majorité d'entre elles sont classées **médicaments à risque** :

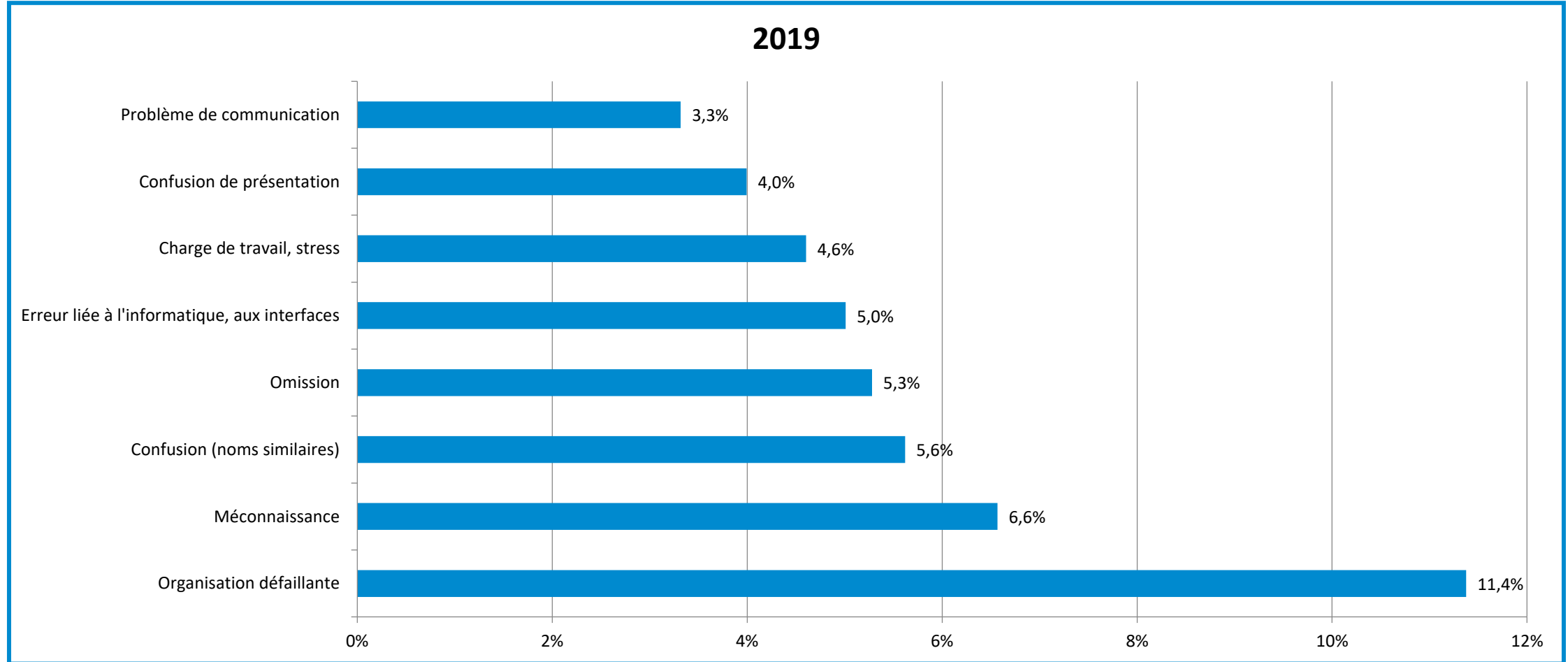
- Morphiniques
- Midazolam
- Anticoagulants
- Insuline...
- Antiinfectieux
- Anticancéreux

FACTEURS CONTRIBUTIFS RETROUVÉS

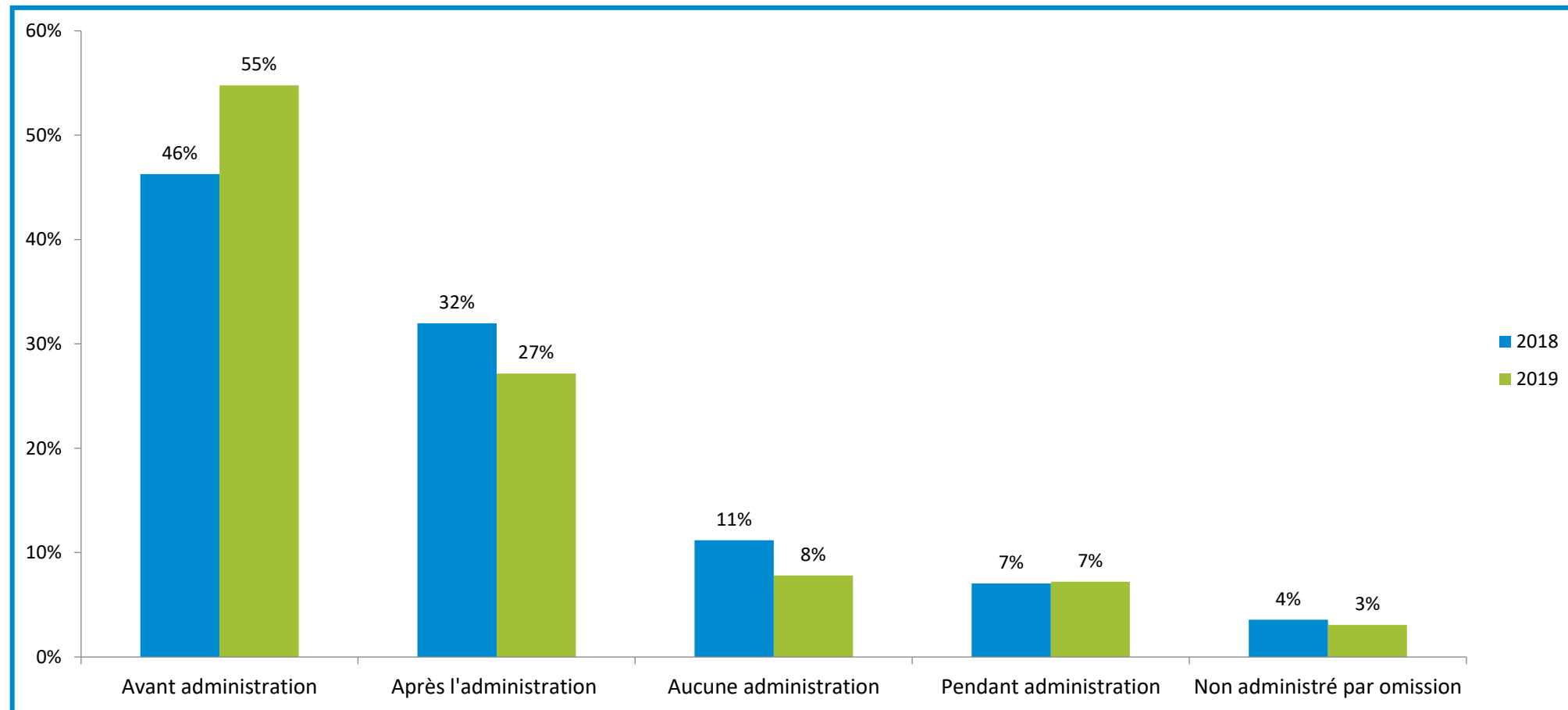
En Hauts de France, les **principaux facteurs favorisant l'erreur pour ces MAR** sont :

- **Erreur identité du patient** : Identification des traitements par numéro de chambre (Chambre double) , confusion liée à une homonymie , contrôle d'identité en question fermée/pas de contrôle d'identité
- **Confusion de produit**
- **Interruption de tâche**
- **Prescription orale**
- Notion de **nouvel arrivant** (étudiants, remplacement...)
- Notion de **transfert patient**

PRINCIPAUX FACTEURS FAVORISANTS DÉCLARÉS EN HDF



MOMENT DE DÉTECTION DE L'ERREUR EN HDF





ERREURS MÉDICAMENTEUSES :

QUELQUES CAS MARQUANTS



Cas marquant

DESCRIPTIF

Erreur déclarée en **HAD**

Le patient n'a pas eu son traitement antibiotique injectable.

L'erreur a été détectée le jour même de l'injection prévue

Non administration de deux doses d'un antibiotique hospitalier Zerbaxa (ATB prescription hospitalière - ceftolozane/tazobactam)

La prescription émane d'un hôpital d'une autre région

L'antibiotique n'est pas disponible auprès des centres hospitaliers du territoire

Conséquence pour le patient :

- Discontinuité de prise en charge par non disponibilité immédiate du médicament (circuit de commande particulier pour ce médicament)
- Risque de développement ATB résistance

Facteurs contributifs:

au niveau organisationnel, humains, techniques, environnementaux.

- Communication défailante entre les différentes structures
- Organisationnel: Retour à domicile du patient programmée sans connaître la disponibilité du traitement
- Non disponibilité immédiate de cet ATB sur les hôpitaux de proximité

Mesures Barrières qui auraient pu éviter cet évènement:

- Bonne connaissance du produit (prescription hospitalière, non disponibilité en ville)
- Communication autour du Lien Hôpital –Ville
- **Lettre de liaison** = communication au patient et au médecin traitant

*Garantir la **sécurité** et la **continuité** de la **prise en charge** à chaque étape du parcours du patient entre la ville et l'hôpital. La lettre de liaison place ainsi le médecin traitant au cœur de la coordination du parcours du patient. Elle est rendue **obligatoire** à compter du **1^{er} janvier 2017** par le [décret n°2016-955 du 20 juillet 2016](#) relatif aux lettres de liaison.*

- Contact entre les structures PUI / HAD pour s'assurer de la disponibilité / du délai d'approvisionnement du produit

Pour aller plus loin

Outil de sensibilisation:

[Page Omedit PDL dédiée -communication-ville-hopital/lettre-de-liaison/](#)

A l'**entrée** en hospitalisation, cette lettre comprend les **éléments** suivants :

- Identification du patient, du médecin traitant ou du praticien adresseur
- Motif(s) de la demande d'hospitalisation
- Allergies connues
- Traitements en cours
- (Antécédents médicaux et chirurgicaux non obligatoires)

Les **éléments** à retrouver sur une **lettre de liaison de sortie** d'hospitalisation :

- Identification du patient, du médecin traitant ou médecin adresseur, et du médecin ayant pris en charge le patient dans l'établissement
- Dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- Motif d'hospitalisation
- Synthèse médicale du séjour, s'il y a lieu : la survenue d'évènements indésirables, l'identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang ou encore la pose d'un dispositif médical implantable au cours de l'hospitalisation
- Traitements médicamenteux prescrits à la sortie de l'établissement (avec la posologie et la durée de traitement) et ceux arrêtés durant le séjour ainsi que le motif d'arrêt ou remplacement
- Attente de résultats d'examens ou d'autres informations complétant la lettre de liaison
- Suites à donner (actes à programmer, recommandations, surveillances particulières)

Dans les deux cas, la lettre est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle peut être ajoutée au DMP si le patient en est titulaire.



ATTENTION AUX HOMONYMES !

Cas marquant

DESCRIPTIF

Patiente **entrée par les urgences**, pour qui le traitement personnel a été prescrit (bisoprolol et lévothyrox) . La patiente refuse de les prendre arguant que ce n'est pas le traitement qu'elle prend au domicile

L'IDE réclame donc une ordonnance à la patiente, qui répond que celle ci a été donnée à son arrivée aux urgences. L'IDE vérifie dans le dossier. Elle retrouve 2 ordonnances, celle de son époux et la sienne. C'est le traitement de son conjoint qui a été prescrit.

Conséquence pour le patient :

Aucune conséquence pour le patient

→ le patient , acteur de son traitement, a joué le rôle barrière ultime et alerté l'IDE

Cas récurrent dans les EM déclarées

ATTENTION AUX HOMONYMES !

Facteurs contributifs:

au niveau organisationnel, humains, techniques, environnementaux.

- Ordonnances papier
- Présence des 2 ordonnances de traitement personnel pour le couple dans le même dossier
- Identification de la patiente par son NOM MARITAL au lieu du NOM de NAISSANCE

Mesures Barrières qui auraient pu éviter cet évènement:

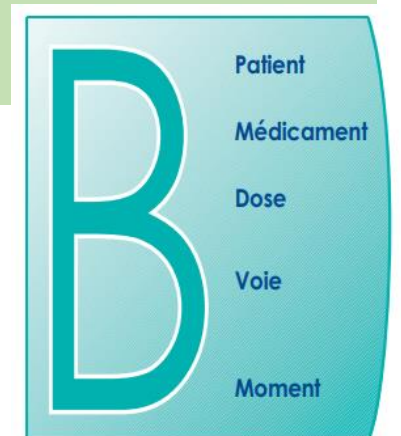
- Réflexe Identitovigilance : « Bien Identifier = Bien Soigner »
- Respecter le **contrôle ultime** de la concordance « Patient-Médicament »
- Sensibiliser/rappeler/former à la **règle des 5 B** et à la double vérification



Pour aller plus loin

Outil de sensibilisation:

Les grands principes d'identitovigilance sur l'animation : [lien](#)



QUAND LE PATIENT EST ACTEUR DE SON TRAITEMENT

Cas marquant

DESCRIPTIF

Prescription de RISPERDAL risperidone en gouttes (14 gouttes) depuis plusieurs années avec une correspondance donnée par le médecin (1 ml = 20 gouttes)

Le 7/10/19, le médecin prescrit le RISPERDAL en **ambulateur en ml** à la place d'un nombre de gouttes (soit 14 ml !).

A l'entrée d'hospitalisation, poursuite de la prescription en ml

La patiente s'interroge devant le gros volume qu'on s'apprête à lui donner; elle connaît bien son traitement et sait le gérer seule à domicile (elle dit préparer 14 gouttes (ce qui représente un peu moins d'1 ml)

L'IDE prévient le pharmacien de garde qui prévient le médecin , Celui-ci rectifie la prescription

Conséquence pour le patient :

→ Stress de la patiente avec colère et pleurs

Mais

→ le patient , acteur de son traitement, a joué le rôle barrière ultime et alerté l'IDE

QUAND LE PATIENT EST ACTEUR DE SON TRAITEMENT

Facteurs contributifs:

au niveau organisationnel, humains, techniques, environnementaux.

- Méconnaissance des professionnels de santé du patient de l'historique du patient et de sa thérapeutique
- Méconnaissance de la spécialité
- Reprise du traitement ambulatoire sans vérification du traitement personnel de la patiente qui a fait perdurer l'erreur

Mesures Barrières qui auraient pu éviter cet évènement:

- Vigilance : Prescription en **unités recommandées** (mg et non en gouttes)
- S'assurer de la compatibilité entre la dose prescrite et le **dispositif d'administration DÉDIÉ** pour les solutions buvables (pipette spécifique)
- Paramétrage du LAP : s'assurer de la cohérence des **unités en fonction de la forme galénique** du médicament (Insuline -> UI, Solutions buvables -> mg ou selon dispositif de mesure dédié ...)



L'écoute du professionnel de santé qui a pris en compte le ressenti du patient : réaction en cohérence avec l'alerte du patient (« en cas de doute, je n'administre pas »)

Pour aller plus loin

Outil de sensibilisation:

ANSM : [L'affiche "Ne vous mélangez pas les pipettes" rappelle les trois règles pour limiter le risque d'erreur \(25/11/2013\) \(148 ko\)](#)

[Réseau PIC](#) « Psychiatrie Information Communication » : site dédié à l'information sur les médicaments utilisés en Santé Mentale - Fiches dédiées aux psychotropes

NE VOUS MÉLANGEZ PAS LES PIPETTES



Ne vous mélangez pas les pipettes !

Un dispositif d'administration = un médicament

Les seringues orales, les pipettes, les cuillères-mesure et les compte-gouttes sont des dispositifs d'administration que vous pouvez trouver dans les boîtes de certains médicaments.

Un dispositif d'administration, s'il est mal utilisé, peut délivrer une dose trop importante ou insuffisante du médicament ; il peut alors devenir dangereux ou inefficace.

Le dispositif d'administration est conçu uniquement pour le médicament qui vous a été délivré.

Des règles simples vous permettront d'éviter les erreurs :

- ◆ Gardez toujours le dispositif d'administration dans la boîte du médicament associé pour ne pas le mélanger avec un autre.
- ◆ En cas de perte du dispositif ou de doute sur son utilisation, demandez conseil à un professionnel de santé.
- ◆ Lisez toujours attentivement la notice du médicament. Cette dernière contient des informations importantes pour l'utilisation des dispositifs d'administration.

Trois règles simples pour éviter les erreurs

- Toujours garder le dispositif d'administration dans la boîte du médicament pour ne pas le mélanger avec un autre
- En cas de perte du dispositif ou de doute sur son utilisation, demander conseil à un professionnel de santé
- Lire toujours attentivement la notice du médicament : elle contient des informations importantes pour l'utilisation des dispositifs d'administration

DES OUTILS DISPONIBLES POUR SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS



[Lien BO Psychotropes :](#)
Fiches de bon usage , Guide et Informations à destination des professionnels et des patients



RESEAU PIC
psychiatrie·information·communication
EPSM Lille Métropole
BP 10
59487 ARMENTIERES Cedex

[Lien vers le site RESEAU PIC](#)



Fiches PTMI
une collaboration Omédit CdVL et HDF :
[Lien page dédiée](#)

Antidépresseurs		
	Fiches d'information médicaments (Réseau PIC)	cliquez ici
	Outils d'aide à la substitution	cliquez ici
Benzodiazépines		
	Fiches d'information médicaments (Réseau PIC)	cliquez ici
	Fiche mémo "arrêt"	cliquez ici
	Fiche mémo "choix de la molécule chez la personne âgée"	cliquez ici
	Algorithme de déprescription	cliquez ici
	Outils d'aide à la substitution	cliquez ici
Neuroleptiques		
	Fiches d'information médicaments (Réseau PIC)	cliquez ici
	Fiche pratique : injection IM chez un patient anticoagulé (OMEDIT Pays de la Loire, 2021)	cliquez ici
	Guides de posologie	cliquez ici
	Outils d'aide à la substitution	cliquez ici
Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques		
	Calculateur de charge anticholinergique (OMEDIT Pays de la Loire, 2021)	cliquez ici
	Fiche de sensibilisation sur les bons réflexes de prescription chez le sujet âgé (OMEDIT Pays de la Loire, 2021)	cliquez ici
Référentiels		
	Guide de prescription et d'administration des psychotropes chez la personne âgée	cliquez ici
	Guide d'information sur les médicaments psychotropes (Réseau PIC, 2018)	cliquez ici
Évaluation des pratiques professionnelles		
	Utilisation des psychotropes chez la personne âgée en santé mentale	cliquez ici

Cas marquant

DESCRIPTIF

Erreur détectée par l'infirmière HAD en poste du matin, au moment de l'arrêt de la PCA

Constat d'un surdosage de midazolam.

Prise en compte des doses de la prescription médicale d'oxycodone pour la préparation de la cassette de midazolam.

Mauvaise dose liée à la confusion de lecture de la prescription médicale .

Conséquence pour le patient :

- Appel au médecin coordonnateur pour conduite à tenir.
- Arrêt de la PCA de midazolam
- Surveillance des paramètres vitaux du patient.
- Remplacement de la cassette. Programmation de la pompe avec la concentration correcte.
- Vérification des paramètres de la PCA

ERREUR DE PROGRAMMATION PCA ET DE DOSE

Facteurs contributifs:

au niveau organisationnel, humains, techniques, environnementaux.

- 2 médicaments prescrits en PCA : midazolam et oxycodone (tous 2 identifiés comme **Médicament à Risque** en interne)
- Pas de double contrôle de la dose
- Pas de double contrôle de la programmation de la pompe
- Pas d'identification du produit préparé dans la pompe

Pour aller plus loin

Outil de sensibilisation:

- EIGS- Flash Sécurité Patient
 - HAS: partageons nos expériences
 - Dispositifs Médicaux : « Bien s'en servir ...pour éviter le pire »
- [Lien SITE OMEDIT](#)
- [Plaquette Info NEVER EVENTS](#)

Mesures Barrières qui auraient pu éviter cet évènement:

- Adéquation entre la **prescription** et la **préparation** du produit
- Mettre en place une **double vérification systématique** de la préparation/administration d'autant plus lorsque les spécialités concernées sont des **MAR** avec **programmation**
- **Identification type MAR** ou paramétrage possible des médicaments à risque dans le LAP
- Mise à disposition de notice ou Guide utilisateur pompe
- Rappel institutionnel sur les MAR et les Never Events
- Présence **d'étiquetage pour la préparation injectable** (identification jusqu'à l'administration)

Exemple d'étiquetage

NOM PATIENT :
TRAITEMENT :
dosage/dilution :
voie
H de début : H de fin :
Débit : ml/h
Préparé par

- ▶ Jamais le N° de LIT.
- ▶ Favoriser l'étiquette informatisée.



DES OUTILS DISPONIBLES POUR SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS



EIGS ✓ Flash sécurité patient : partageons nos expériences

Sécuriser l'utilisation des médicaments à risque est essentiel car les erreurs liées à leur mésusage ont des conséquences graves pour le patient.

La Haute Autorité de santé publie aujourd'hui des nouveaux « Flash sécurité patient » sur la gestion des médicaments dits à risque, fruits de la collaboration HAS et de ses partenaires en Région, les Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) ; et autres structures régionales d'appui (SRA)

Ces productions s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques mises à la disposition des professionnels de santé. Chaque « Flash sécurité patient » décrit plusieurs situations (événements) sélectionnées dans la base REX-EIGS ou la base REX accréditation.

Médicaments à risque

Sous-estimer le risque c'est risqué

10 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

[J'accède à la fiche Flash " Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué "](#)

Lien [Page](#) dédiée OMEDIT

LES NEVER EVENTS

Ces évènements qui ne devraient jamais arriver !

Confusion = Danger Nature du gaz = lire l'étiquette et non la couleur de la bouteille

Erreur d'administration de **GAZ MÉDICAUX**

AVK, anticoagulants oraux directs !

Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des **ANTICOAGULANTS** oraux

Type d'insuline
Type de seringue
Dosage (UI) **Confusion = Danger**

Erreur d'administration d'**INSULINE**

K+ Solution hypertonique

Erreur lors de l'administration du chlorure de **POTASSIUM** injectable

Confusion = Danger Une dosette peut en cacher une autre

Erreur lors de l'utilisation de petits conditionnements **UNIDOSES** en plastique (sérum physiologique, antiseptique...)

! Compatibilité, dilution, modalités d'administration...

Erreur de **PRÉPARATION** d'injectables pour lesquels le mode de préparation est à risque

LIRE les étiquettes Petits conditionnements de solution injectable

Erreur d'administration de médicaments au **BLOC OPÉRATOIRE** (anesthésie-réanimation)

Voie injectable **Confusion = Danger** Voie orale / entérale

Erreur d'**ADMINISTRATION** par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale

surdosage = danger Méthotrexate voie orale = 1 prise unique par semaine

Erreur de rythme d'administration du **MÉTHOTREXATE** par voie orale

Anticancéreux **Surdosage = Danger**

Surdosage en **ANTICANCÉREUX** notamment en pédiatrie

Pompes à perfusion, seringues électriques... **Bon usage du matériel**

Erreur de **PROGRAMMATION** des dispositifs d'administration

! Injection intrathécale = haut risque

Erreur d'administration par injection **INTRATHÉCALE** au lieu de la voie intraveineuse

POINTS CLÉS :

- Respecter le **contrôle ultime** de la concordance « Patient-Médicament »
- Sensibiliser/rappeler/former à la **règle des 5 B** et à la double vérification
- Sensibiliser le personnel à la **déclaration d'événements indésirables**
 - Alerter sans délai
 - S'interroger et déclarer en toute confiance
- **Exploiter en interne ses erreurs (RETEX) :**
 - « *Partageons nos expériences pour que cela ne se reproduise plus* »

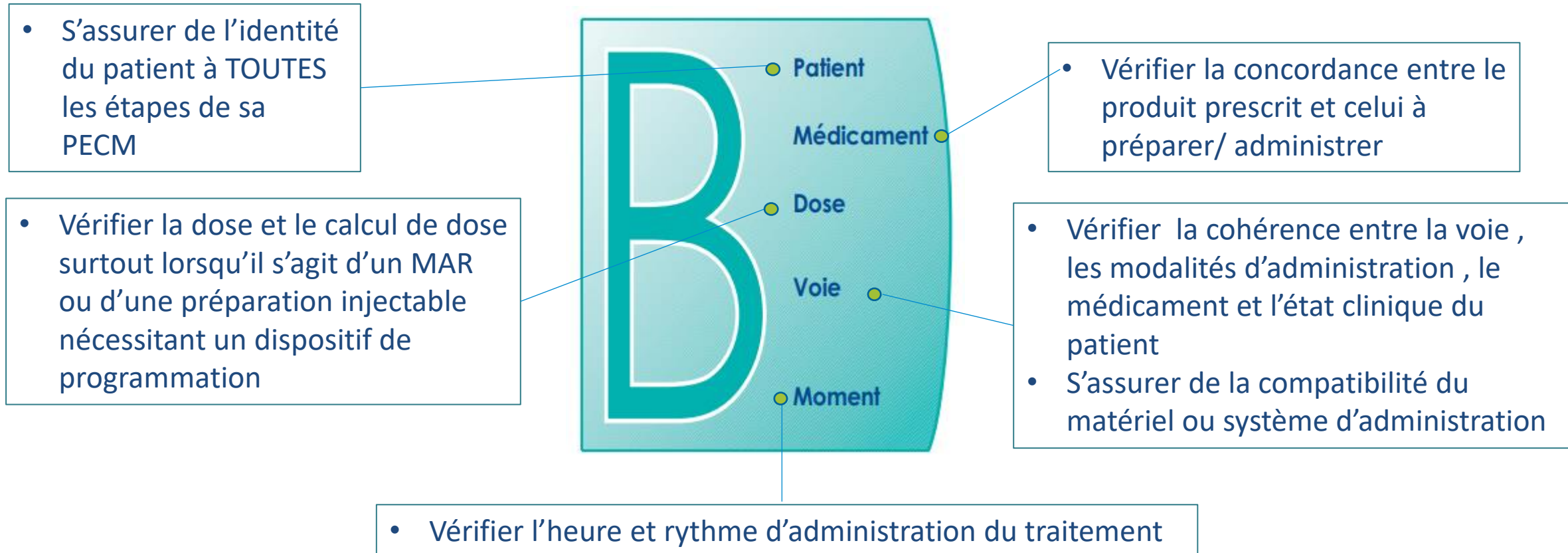


RÈGLE DES 5 B : À CHAQUE ÉTAPE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT



L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013



J'ai un doute , je vérifie et n'administre pas !

Merci pour votre attention



**ISABELLE CARPENTIER
CYNTHIA CHOQUET
MATHIEU DE GRAAF
JULIEN PETIT**

Secrétariat : 03 62 72 78 71

J. PRALAT - Jennifer.PRALAT@ars.sante.fr

Site Internet : <http://www.omedit-hdf.arshdf.fr/>