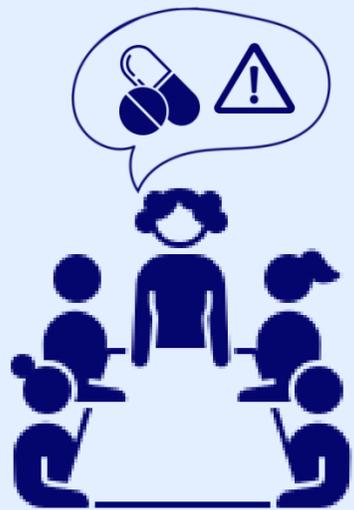


WEBINAIRE 30 MINUTES N°3 : APPRENDRE POUR PRÉVENIR



*COMMENT ANIMER UNE SÉANCE DE
RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES
ERREURS MÉDICAMENTEUSES ?*



RETROUVEZ NOS WEBINAIRES SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

1

**Webinaire N°1 : Rappel des
circuits de déclaration -
Organisations en Normandie
- Portail de signalement -
Comprendre autour de cas
pratiques**

2

**Webinaire n°2 : Erreurs
médicamenteuses liées à
l'automédication**

OBJECTIFS DE CES WEBINAIRES

1

Répondre aux exigences des référentiels HAS :
déployer une culture de sécurité, l'évaluation de la gestion des risques et vigilances
Partager la culture positive de l'erreur, la sensibilisation aux EI, participation aux analyses systémiques effectives

2

Diminuer la fréquence des Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) liés aux produits de santé



CONTEXTE ET ENJEUX



RAPPELS



L'**erreur médicamenteuse** est **l'omission ou la réalisation non intentionnelle** d'un acte relatif à un **médicament**, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le **patient**.



Les **événements indésirables graves médicamenteux** représentent **32.9%** du total des EIG liés aux soins (EIGS), dont **51.2% sont évitables**

➤ **4 EIGS par service de 30 lits et par mois** (*ENEIS 2009 et 2019*)

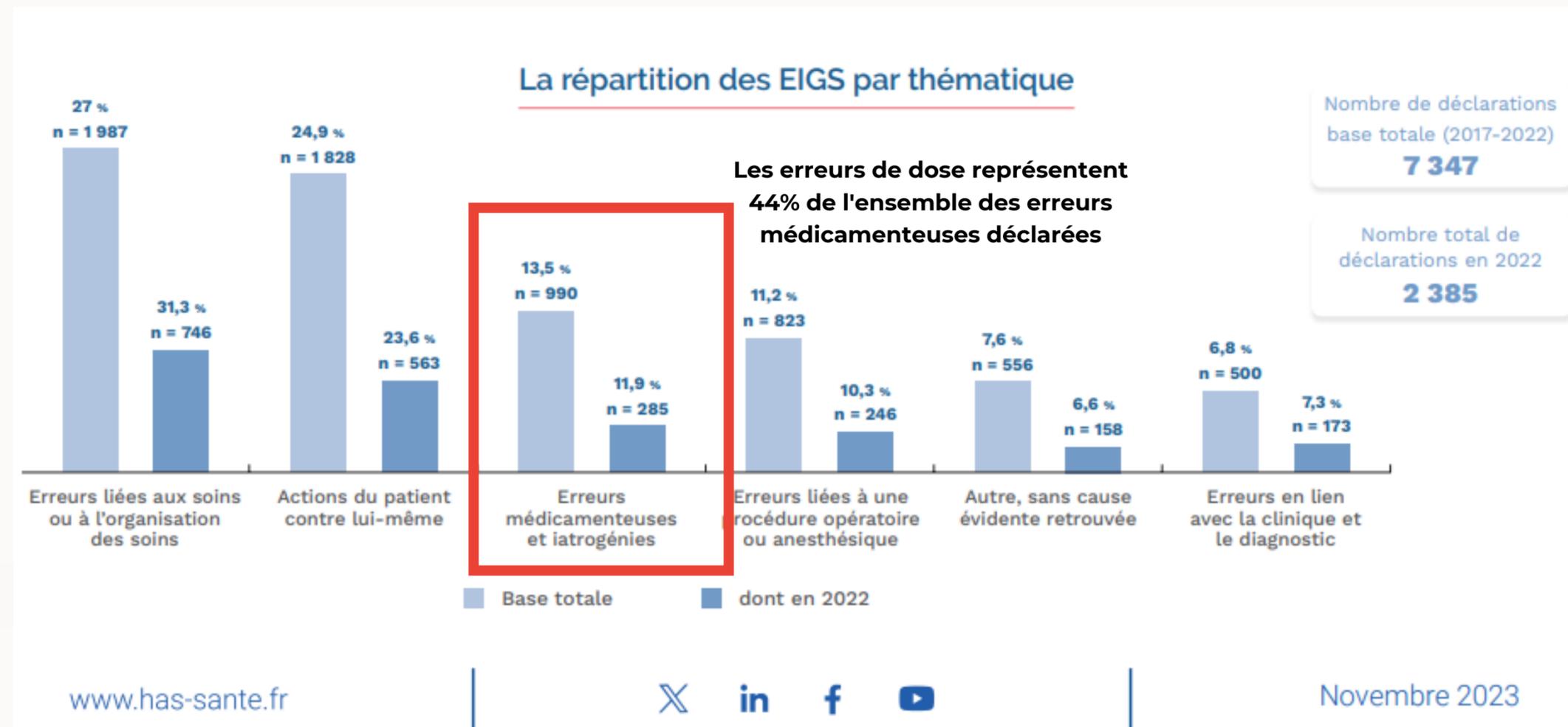
- *reviendrait à un NB d'EIGS déclarés dans le cadre du dispositif national à 160 000 à 375 000 par an en MCO ...*

ENEIS = Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins, conçue en 2004 à l'initiative de la DREES

CONTEXTE ET ENJEUX



Selon le bilan HAS 2023, les erreurs médicamenteuses sont la 3ème cause des EIGS.



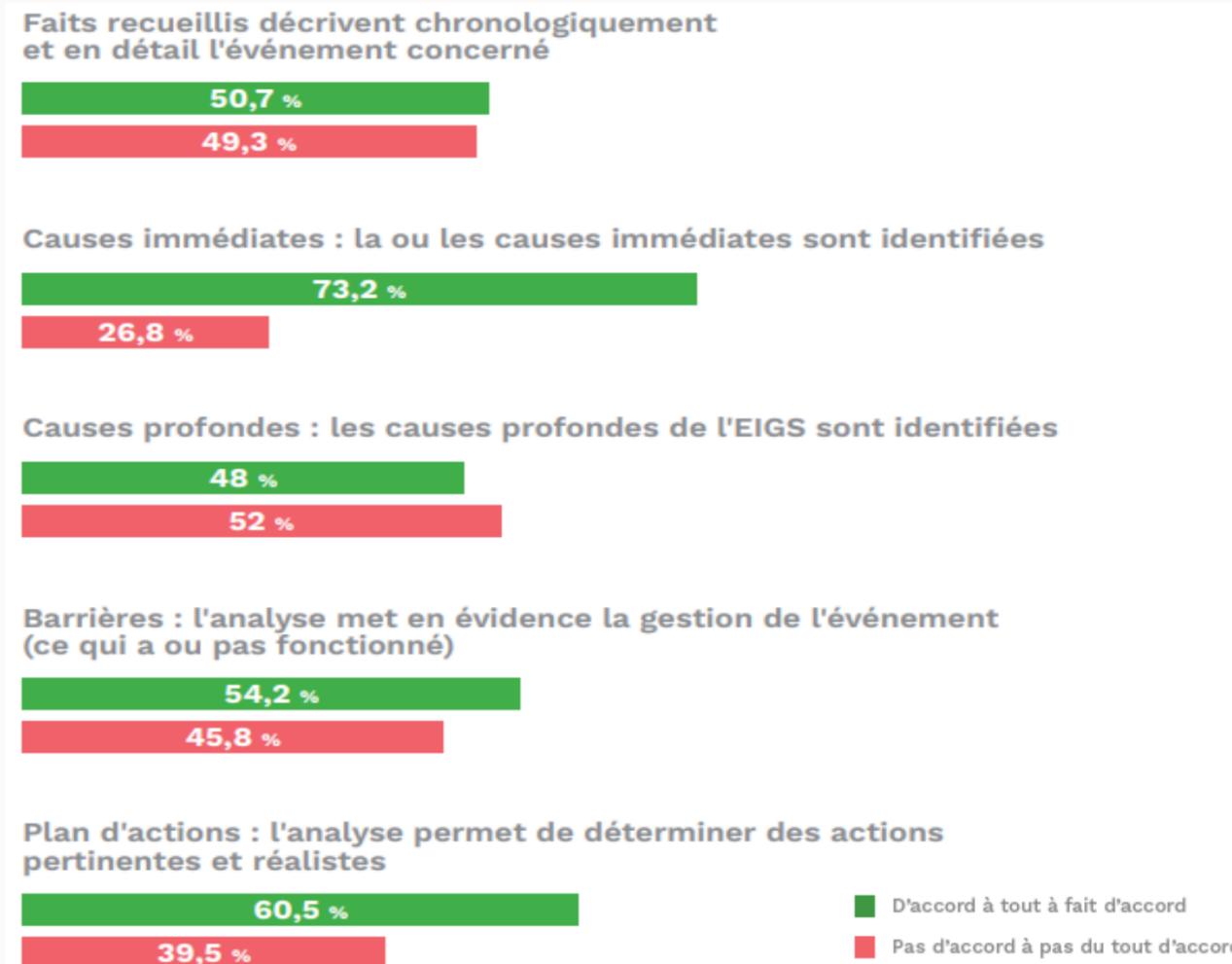
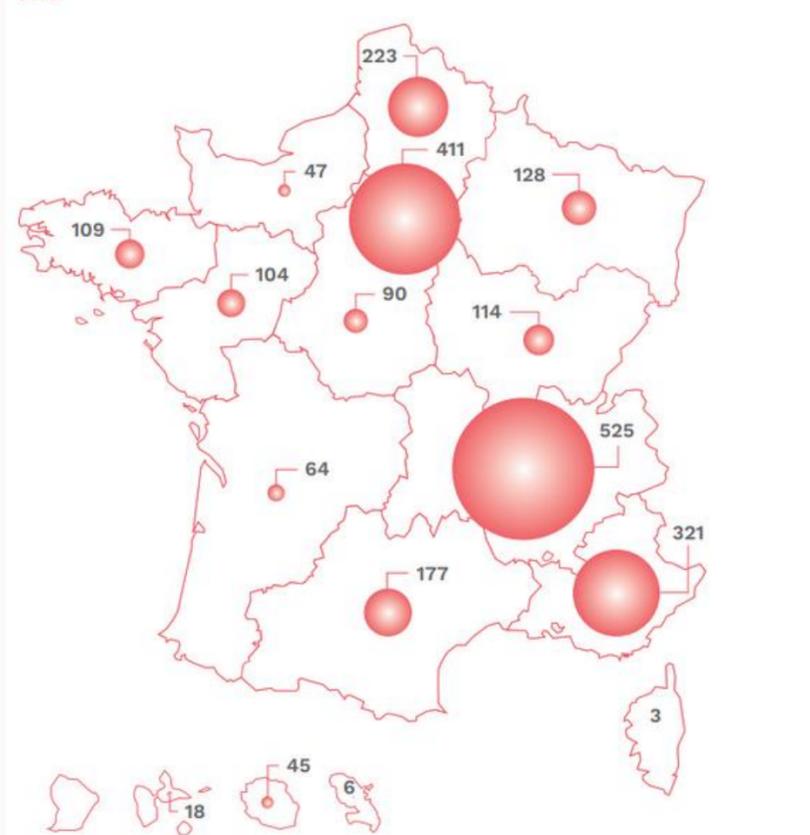
CONTEXTE ET ENJEUX

Selon le bilan HAS 2023 :

- **les EIGS restent sous déclarés** / ENEIS 2019 (2 385 EIGS enregistrés en 2022 + 27% comparé à 2021)
- **les analyses approfondies sont jugées non correctement réalisées pour plus d'1 EIGS sur 2**

Estimation de la qualité des déclarations : différents éléments pris en compte

Figure 3. Nombre de déclarations d'EIGS reçues par la HAS par région sur l'année 2022



Une marge de progression attendue sur la qualité des analyses approfondies des déclarations : des causes profondes encore très mal identifiées pour 52 % des EIGS déclarés

Alors que 92% des déclarants jugent **NE PAS AVOIR BESOIN** d'une expertise externe pour réaliser l'analyse

La qualité des analyses conditionne la qualité du retour d'expérience. La qualité des données recueillies est essentielle et doit être une priorité pour produire des préconisations utiles et fiables

CONTEXTE ET ENJEUX



UNE MÉTHODE DE PRÉVENTION : L'ANALYSE COLLECTIVE D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES FRÉQUENTES

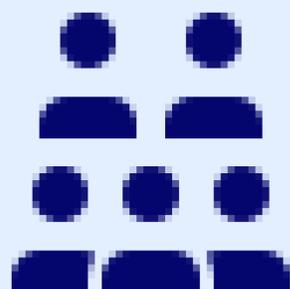


L'OMéDIT Normandie a réalisé **des supports d'animation courte** par l'intermédiaire **de fiches pédagogiques de RETEX** sur des erreurs fréquentes et potentiellement graves déclarées en région.



La démarche de retour d'expérience (RETEX) permet de faciliter l'analyse de l'erreur.

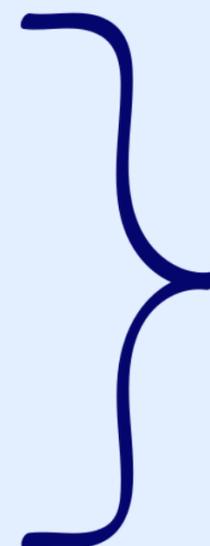
OBJECTIFS DES SÉANCES



10 à 15 personnes pour favoriser des échanges constructifs et interactifs.



Quick séances
de 15-20
minutes



Analyse d'une erreur médicamenteuse
des principaux facteurs contributifs et
mesures barrières qui auraient pu éviter
cet évènement

Culture de l'erreur apprenante



~~Culture de la faute~~



« Apprendre de ses
erreurs pour éviter de
les reproduire »

2 FORMATS D'ANIMATION POSSIBLES



AVEC FICHES RETEX
IMPRIMABLES

En présentiel

OU

AVEC MODULE E-
LEARNING

En distanciel ou
présentiel

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MEDICAMENTEUSES (EM)

LECTURE DE L'EVENEMENT
Confusion Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) et Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose)

Selon vous ? Au regard de l'événement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience ?

QUELS SONT LES FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES ? **QUELLES SONT LES ACTIONS ET BARRIERES ?**

Organisationnels
Dotation : stockage en quantité non optimisée (stockage en quantité permettant un surdosage en cas d'erreurs) Revoir la dotation disponible dans le service

Événementiels
Stockage des médicaments à risques non identifiés Ne pas les ranger à proximité Etiquette de signalisation spécifique pour le stockage des médicaments à risques

Humains
Communication avec l'équipe ALERTER en cas de prescriptions d'un médicament à risque de confusion et hors dotation

QUIZ

La dose maximale de VENOFER® est de 1 g par injection ? **Vrai ou Faux**

Le VENOFER® peut être injecté par IVD sans dilution préalable ? **Vrai ou Faux**

1g de VENOFER® = 3 1/2 g de FERINJECT® ? **Vrai ou Faux**

Quelle est la quantité de fer élément présente dans un flacon de 20 ml de Ferinject® à 50mg/ml de fer ?

Où retrouver nos autres fiches ? <https://www.omed-t-normandie.fr> Déclarer les événements indésirables ?

Erreur de médicament - Fer - 1

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MEDICAMENTEUSES

Lecture de l'événement
Hospitalisation pour pancytopenie suite à un erreur de médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie en HDI

Jeanne est admise en HDI pour bilan de complications de diabète (son traitement personnel est conséquent avec plus de 10 médicaments dont de l'allopurinol). Ce lundi matin, l'activité est dense. La patiente est informée de l'introduction de NEO-MERCAZOLE suite à la découverte d'une hyperthyroïdie. A sa sortie d'HDI, elle demande à l'interne que la totalité de son traitement personnel lui soit prescrit sur son ordonnance de sortie. A l'aide d'un dictaphone, l'interne réalise le **Compte-rendu d'hospitalisation (CRH)** qui est copié/collé pour réaliser l'ordonnance de sortie sans utilisation du module de prescription informatisée.

Plusieurs erreurs de retranscription de la dictée apparaissent sur l'ordonnance de sortie et le CRH, notamment :

- « PURINETHOL 100 mg 1 (g) le soir » au lieu de l'allopurinol 200mg. (Pour info, le dosage PURINETHOL 100mg n'existe pas)
- « Furosemide 500 1 (g) » au lieu de Furosemide 500mg 1 (g) le midi.
- « Paropette de 70 jours » au lieu de « Paropette de 70 jours ».

L'ordonnance est remise à la patiente puis délivrée par le pharmacien d'officine. L'IDEL prépare le pilulier.

Six semaines après, son médecin traitant (MT) prescrit une NFS devant une fièvre persistante et un érysipèle. Il découvre une pancytopenie et appelle le service d'HDI pour savoir si le NEO-MERCAZOLE peut l'expliquer. La patiente est alors hospitalisée pour traiter l'érysipèle. Le service repère l'erreur de prescription de PURINETHOL (anticancéreux oral) au lieu de l'allopurinol et en informe le MT et la patiente.

Selon vous, quelle est l'erreur principale ?
Selon vous, au regard de l'événement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience :

Quels sont les facteurs contributifs possibles ? **Quelles sont les actions et barrières ?**

Humains

- Patiente polyhospitalisée et polymédicamentée craignant de ne pas pouvoir voir son MT rapidement après sa sortie, demande la prescription de la totalité de son traitement
- Transmission sans délai au médecin traitant de l'ordonnance de sortie et du compte-rendu d'hospitalisation précisant les modifications éventuelles de traitements

Environnement

Organisationnel

Technique

Quiz : Vrai ou faux ?

- De nombreuses études soulignent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient (entrée et sortie d'un établissement de santé, transferts inter-services)
- Les effets indésirables médicamenteux sont une source importante de réhospitalisation en urgence chez les patients vulnérables
- Plusieurs critères de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins sont en lien avec la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment à la sortie
- Lors de la délivrance d'un nouvel anticancéreux par voie orale, il est recommandé que le pharmacien d'officine réalise un entretien pharmaceutique avec le patient.

Novembre 2022 Erreur de prescription à la sortie PAGE 1 omed.t

omed.t
Normandie

Fiches RETEX (secteur sanitaire)

START

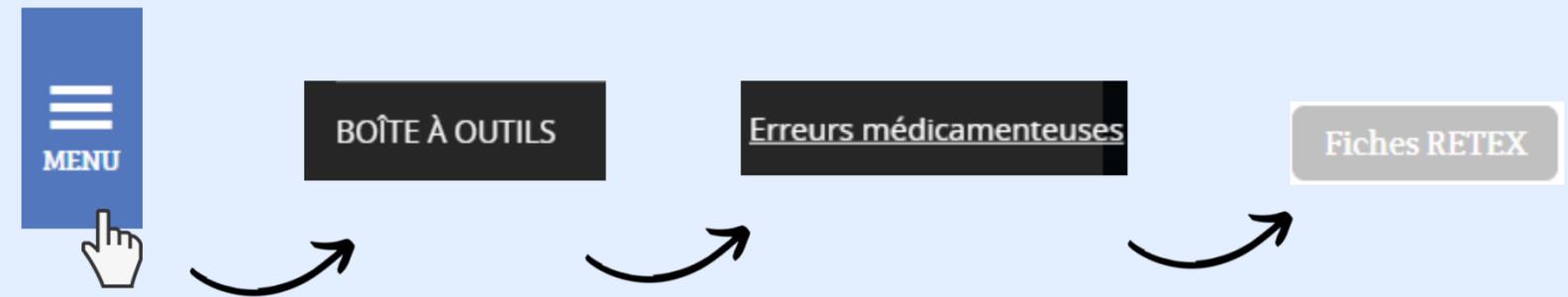
genially

COMMENT RETROUVER CES OUTILS **omedit** POUR ANIMER LES SÉANCES ?



01

SE CONNECTER SUR LE SITE OMÉDIT
[HTTPS://WWW.OMEDIT-NORMANDIE.FR/](https://www.omedit-normandie.fr/)



VERSION FICHES IMPRIMABLES

02

	
<p>Fer injectable "Confusion Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) et Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose)" : Fiche animateur</p>	<p>Fer injectable "Confusion Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) et Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose)" : Fiche apprenant</p>

VERSION E-LEARNING

OU



omedit Normandie

Fiches RETEX (secteur sanitaire)

START

genially

VERSION FICHES IMPRIMABLES POUR PRÉSENTIEL

Les fiches RETEX viennent en complément des flashs « Sécurité patient » de la HAS

Elles se composent d' :

1 SUPPORT ANIMATEUR

permettant d'animer la séance interactive autour de l'analyse d'un évènement, détaillant des éléments bibliographiques sur facteurs, mesures barrières, outils nationaux et régionaux disponibles

1 SUPPORT APPRENANT

avec un recto permettant de lancer rapidement la discussion autour de l'évènement, d'échanger sur la survenue éventuelle dans leur pratique et un verso avec l'ensemble des éléments de réponses pour l'analyse et le quizz

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Lecture de l'évènement

Hospitalisation pour pancypotémie suite à un erreur de médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie en HDI

Jeanne est admise en HDI pour bilan de complications de diabète (son traitement personnel est conséquent avec plus de 10 médicaments dont de l'allopurinol). Ce lundi matin, l'activité est dense. La patiente est informée de l'introduction de NEO-MERCAZOLE suite à la découverte d'une hyperthyroïdie. A sa sortie d'HDI, elle demande à l'interne que la totalité de son traitement personnel lui soit prescrit sur son ordonnance de sortie. A l'aide d'un dictaphone, l'interne réalise le **Compte-rendu d'hospitalisation (CRH)** qui est copié/collé pour réaliser l'ordonnance de sortie sans utilisation du module de prescription informatisée.

Plusieurs erreurs de retranscription de la dicte apparaissent sur l'ordonnance de sortie et le CRH, notamment :

- « PURINETHOL 100 mg 1 cp le soir » au lieu de l'allopurinol 100mg. (Pour info, le dosage PURINETHOL 100mg n'existe pas);
- « Furosemide 501 cp » au lieu de Furosemide 500mg 1 cpr le midi;
- « Paracétine de 70 jours s'agit typhillis agit glycémies » phrase dénuée de sens.

L'ordonnance est remise à la patiente puis délivrée par le pharmacien d'officine. L'IDEL prépare le pilulier.

Six semaines après, son médecin traitant (MT) prescrit une NFS devant une fièvre persistante et un érythème. Il découvre une pancypotémie et appelle le service d'HDJ pour savoir si le NEO-MERCAZOLE peut l'expliquer. La patiente est alors hospitalisée pour traiter l'érythémie. Le service repère l'erreur de prescription de PURINETHOL (anticancéreux oral) au lieu de l'allopurinol et en informe le MT et la patiente.

Contexte et généralités

- D'après l'étude IATROSTAT, les médicaments antinéoplasiques sont les plus impliqués dans la « iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation » (15,1%) suivis des anesthésiques (11,6%) [rapport IATROSTAT 2 mai 2022]
- D'après le rapport HAS 2020 sur les erreurs associées aux produits de santé, les erreurs de médicaments représentent le 2^{ème} type (31%) d'erreurs déclarées à l'origine d'un EIGS, après les erreurs de dose (41%).
- Une étude souligne la vulnérabilité de l'organisation de la sortie des patients d'hospitalisation : un EIM survient chez 12% des patients dans les 15 jours suivant la sortie d'hospitalisation (Guide HAS « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé »)

Facteurs contributifs possibles

Humains	Actions et barrières
<ul style="list-style-type: none">• Patiente polypathologique et polymédicamenteuse craignant de ne pas pouvoir voir son MT rapidement après sa sortie, demande la prescription de la totalité de son traitement• Médecin venant d'arriver/interne, non habitué à l'activité du service, ni aux outils numériques utilisés.• Absence de relecture de l'ordonnance par le prescripteur et pas d'explication donnée à la patiente• Le pharmacien de ville ne contacte pas le prescripteur et ne détecte pas l'initiation d'un anticancéreux oral	<ul style="list-style-type: none">• Transmission sans délai au médecin traitant de l'ordonnance de sortie et du compte-rendu d'hospitalisation précisant les modifications éventuelles de traitements• Encadrement de tout nouvel arrivant par un médecin senior expérimenté• Relecture systématique de l'ordonnance par le médecin et mise à disposition d'informations au patient par l'IDE• Analyse pharmaceutique systématique de toute prescription• Vigilance particulière lors de l'initiation d'un anticancéreux et proposition d'un entretien pharmaceutique

Environnement

- Suractivité le lundi en HDI et manque de disponibilité médicale
- Dicter numérique réalisé dans un bureau partagé
- Réorganisation de l'activité du service, lors de l'arrivée d'un nouveau médecin
- Entrer de dicter dans un environnement bruyant

Organisationnel

- Manque de formation des nouveaux médecins dans le service
- Formation des nouveaux arrivants aux outils numériques avant la prise de poste + proposer un livret d'accueil

Novembre 2023 Erreur de prescription à la sortie PAGE 1 omed.t

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Lecture de l'évènement

Hospitalisation pour pancypotémie suite à un erreur de médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie en HDI

Jeanne est admise en HDI pour bilan de complications de diabète (son traitement personnel est conséquent avec plus de 10 médicaments dont de l'allopurinol). Ce lundi matin, l'activité est dense. La patiente est informée de l'introduction de NEO-MERCAZOLE suite à la découverte d'une hyperthyroïdie. A sa sortie d'HDI, elle demande à l'interne que la totalité de son traitement personnel lui soit prescrit sur son ordonnance de sortie. A l'aide d'un dictaphone, l'interne réalise le **Compte-rendu d'hospitalisation (CRH)** qui est copié/collé pour réaliser l'ordonnance de sortie sans utilisation du module de prescription informatisée.

Plusieurs erreurs de retranscription de la dicte apparaissent sur l'ordonnance de sortie et le CRH, notamment :

- « PURINETHOL 100 mg 1 cp le soir » au lieu de l'allopurinol 100mg. (Pour info, le dosage PURINETHOL 100mg n'existe pas);
- « Furosemide 501 cp » au lieu de Furosemide 500mg 1 cpr le midi;
- « Paracétine de 70 jours s'agit typhillis agit glycémies » phrase dénuée de sens.

L'ordonnance est remise à la patiente puis délivrée par le pharmacien d'officine. L'IDEL prépare le pilulier.

Six semaines après, son médecin traitant (MT) prescrit une NFS devant une fièvre persistante et un érythème. Il découvre une pancypotémie et appelle le service d'HDJ pour savoir si le NEO-MERCAZOLE peut l'expliquer. La patiente est alors hospitalisée pour traiter l'érythémie. Le service repère l'erreur de prescription de PURINETHOL (anticancéreux oral) au lieu de l'allopurinol et en informe le MT et la patiente.

Selon vous, quelle est l'erreur principale?
Selon vous, au regard de l'évènement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience :

Quels sont les facteurs contributifs possibles ? Quelles sont les actions et barrières ?

Humains
<ul style="list-style-type: none">• Patiente polypathologique et polymédicamenteuse craignant de ne pas pouvoir voir son MT rapidement après sa sortie, demande la prescription de la totalité de son traitement• Transmission sans délai au médecin traitant de l'ordonnance de sortie et du compte-rendu d'hospitalisation précisant les modifications éventuelles de traitements

Environnement

...

Organisationnel

...

Technique

...

Quiz : Vrai ou faux ?

- De nombreuses études soulignent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient (entrée et sortie d'un établissement de santé, transferts inter-services)
- Les effets indésirables médicamenteux sont une source importante de réhospitalisation en urgence chez les patients vulnérables
- Plusieurs critères de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins sont en lien avec la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment à la sortie
- Lors de la délivrance d'un nouvel anticancéreux par voie orale, il est recommandé que le pharmacien d'officine réalise un entretien pharmaceutique avec le patient.

Novembre 2023 Erreur de prescription à la sortie PAGE 1 omed.t



VERSION E-LEARNING EN PRÉSENTIEL OU DISTANCIEL

4 MODULES E-LEARNING (sanitaire, medico-social, ville et tous secteurs)



PRÉ-REQUIS AVANT UNE ANIMATION

1. PRENDRE CONNAISSANCE DE LA BOITE À OUTILS OMÉDIT NORMANDIE

secteur sanitaire

secteur médico-social

secteur ville

tous secteurs



2. CHOISIR UN ÉVÈNEMENT EN LIEN AVEC LE PÉRIMÈTRE D'ACTIVITÉ DE SON ÉTABLISSEMENT

3. PRÉVOIR UNE RÉGULARITÉ DANS LES SÉANCES D'ANIMATIONS DE CES MINI ATELIERS DE TRAVAIL EN ÉQUIPE :

o afficher les dates de séances et communiquer largement auprès des professionnels soignants et non soignants, en associant les représentants d'usagers, associations de patients, etc.

4. CHOISIR UN LIEU ET DES CONDITIONS ADAPTÉS, POUR PERMETTRE UN ÉCHANGE LIBRE DES PARTICIPANTS

PRÉ-REQUIS AVANT UNE ANIMATION

5. Imprimer un support animateur et autant de supports apprenants que le nombre de personnes inscrites, prévoir des crayons, (+/- vidéoprojecteur ou paper-board si vous souhaitez en profiter pour présenter des outils / intranet de votre établissement)

Rappeler les objectifs de ces ateliers :

6.
 - o Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse
 - o Eviter les erreurs médicamenteuses
 - o Sécuriser le parcours des patients pris en charge dans les établissements de santé
 - o Répondre aux nouvelles exigences de la certification

Critère 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) est traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques. Dans un service, les professionnels sont informés des erreurs survenues, discutent des moyens possibles pour prévenir et récupérer les erreurs et reçoivent un retour d'information sur les actions mises en place. Les équipes s'améliorent en tirant des leçons des réussites et des erreurs, de la gestion des imprévus (savoirs formels et informels, compétences techniques et non techniques), et elles évaluent leurs performances collectives. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins ou des équipes médicales pour développer ces bonnes pratiques.

Tout l'établissement **Impératif**

7. Rappeler le déroulé : séance de 15-20 minutes autour d'une erreur médicamenteuse survenue en région

EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Sélection du format d'animation et du thème par l'animateur

→ Version papier



Fer injectable "Confusion Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) et Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose)" :
Fiche animateur



Fer injectable "Confusion Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) et Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose)" :
Fiche apprenant



→ Version E-learning



EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Lecture de l'évènement et contexte bibliographique
par l'animateur



3 min

→ Version papier

LECTURE DE L'ÉVÈNEMENT

Ferinject® ou Fer inject. ? Administration de Venofer® (Complexe hydroxyde ferrique-saccharose) 1g à la place de Ferinject® (Carboxymaltose ferrique) 1g

Prescription médicale de Ferinject® 1g. Cette spécialité n'est pas disponible dans le service. L'IDE prend dans l'armoire le fer injectable disponible dans le service qui se trouve être du Venofer® 100 mg disponible en 10 ampoules dans la dotation soit 1g de fer. Pendant l'administration la patiente présente des nausées, des vomissements et un engourdissement des extrémités. Elle est transférée en réanimation et en ressort sans gravité.

Confusion dans la prescription avec « 1g de fer inject. » pour « fer injectable ». Surdosage en fer injectable.

QUELQUES CHIFFRES

ETABLISSEMENTS DE SANTE

69% des erreurs sont liées aux médicaments = principale erreur médicamenteuse dans les établissements de santé

La confusion entre deux médicaments représente la 2^{ème} cause d'erreur la plus fréquente (37%) juste après le surdosage par erreur de calcul (54%)

Le fer fait partie de la 2^{ème} classe de médicaments les plus concernées par les EIGS. Dans cette classe, 22,5% étaient des erreurs de médicaments.

Classe de médicaments	Pourcentage
Système nerveux	32%
Organes hématopoïétiques	20%
Système cardio-vasculaire	8%
Médicaments des voies digestives et du métabolisme	7%

CONFUSION ENTRE DEUX MÉDICAMENTS : 2^{ème} cause d'erreur la plus fréquente (37%)

Rapport HAS 19/11/2020

→ Version E-learning

Fer injectable

Lecture de l'évènement

Administration de Venofer® (complexe d'hydroxyde ferrique-saccharose) à la place de Ferinject® (carboxymaltose ferrique).

Un interne réalise une prescription médicale de "1g de Ferinject®". L'IDE qui lit l'ordonnance confond avec "1g de fer injectable". Le Ferinject® n'est pas disponible dans le service, mais l'armoire à pharmacie du service contient 10 flacons de Venofer® 100 mg en dotation. Tous les flacons sont utilisés pour réaliser l'administration à la patiente.

Pendant l'administration, la patiente présente des nausées, des vomissements et un engourdissement des extrémités. Elle est transférée en réanimation, et en ressort sans complication malgré le surdosage en fer.



Fer injectable

Quelques chiffres

69% des erreurs sont liées aux médicaments dans les établissements de santé.

La confusion entre deux médicaments est la 2^{ème} cause d'erreur la plus fréquente (37%) juste après le surdosage (54%).

Le fer fait partie de la 2^{ème} classe de médicaments les plus concernées par les évènements graves associés aux soins (EIGS).

Répartition des EIGS par classe de médicaments

Classe de médicaments	Pourcentage
Voies digestives et métabolisme	32%
Système cardio vasculaire	20%
Organes hématopoïétiques	8%
Système nerveux	7%

EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Identification des facteurs contributifs ou influents et mesures barrières par les apprenants



7 à 10 min

→ Version papier

→ Version E-learning

QUELS SONT LES FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES ?	QUELLES SONT LES ACTIONS ET BARRIERES ?
Organisationnels Dotation : stockage en quantité non optimisée (stockage en quantité permettant un surdosage en cas d'erreurs) ...	Revoir la dotation disponible dans le service ...
Environnementaux Stockage des médicaments à risques non identifiés Ne pas les ranger à proximité ...	Etiquette de signalisation spécifique pour le stockage des médicaments à risques  VENofer® 20 mg/ml ferINJECT® 50 mg/ml
Humains Communication avec l'équipe ...	ALERTER en cas de prescriptions d'un médicament à risque de confusion et hors dotation

Fer injectable *Réfléchissons ensemble 5 minutes*

Quels sont selon vous les facteurs contributifs ?

Humains Organisationnels Techniques Environnementaux

- Manque de communication avec l'équipe

genially



Fer injectable *Réfléchissons ensemble 5 minutes*

Quelles actions et barrières proposeriez-vous ?

Humains Organisationnels Techniques Environnementaux

- Manque de communication avec l'équipe
- Stockage en dotation permettant un surdosage en cas d'erreur
- Absence de protocole d'administration relatif aux différentes spécialités
- Notus n'en avons pas perçu pour cet évènement
- Présence au marché de 2 spécialités de fer injectable
- Absence de protocole d'administration
- Prescription portant à confusion
- Emplacement de stockage de spécialités non identifié

genially

Les apprenants doivent compléter directement sur la fiche

EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Test de connaissances et réponses apportées par l'animateur



5 à 7 min

Version papier

Version E-learning

Apprenant

QUIZ

La dose maximale de VENOfer® est de 1 g par injection ? Vrai ou Faux

Le VENOfer® peut être injecté par IVD sans dilution préalable ? Vrai ou Faux

1g de VENOfer® = à 1g de FerINJECT® ? Vrai ou Faux

Quelle est la quantité de fer élément présente dans un flacon de 20 ml de Ferinject® à 50mg/ml de fer ?

Animateur

QUIZ

La dose maximale de VENOfer® est de 1 g par injection ? **Faux**
Posologie maximale VENOfer® : 300 mg (ou 15mg/kg, à adapter en fonction des caractéristiques du patient).
Posologie maximale FerINJECT® : 1g maximum/semaine (ou administration unique de 15 mg/kg (en IV) ou 20 mg/kg (en perfusion intraveineuse) maximum par semaine, à adapter en fonction des caractéristiques du patient)

Le VENOfer® peut être injecté par IVD sans dilution préalable ? **Faux**
VENOfer® : uniquement après dilution réalisée immédiatement avant la perfusion, dans une solution isotonique stérile de chlorure de sodium à 0,9%.
FerINJECT® : peut être utilisé en injection directe sans dilution ou par perfusion.

1g de VENOfer® = à 1g de FerINJECT® ? **Faux**
Sel de fer utilisé est différent => absorption différente :
Venofer® = 20mg/ml de fer élément sous forme de complexe de saccharose ferrique
Ferinject® = 50mg/ml de fer élément sous forme de carboxymaltose ferrique

Quelle est la quantité de fer élément présente dans un flacon de 20 ml de Ferinject® à 50mg/ml de fer ? **1000 mg**
FerINJECT® : 50mg/ml de fer élément, présentation de 2ml = équivaut à 100mg de fer par flacon, 10 mL = équivaut à 500 mg de fer par flacon ou 20mL = équivaut à 1000 mg de fer par flacon
VENOfer® : 20 mg/ml de fer élément par ampoule ou flacon de 5 mL.

Question 1/4

En 30 secondes

La dose maximale de Venofer® est-elle de 1g par injection ?

Oui Non

ENVOYER

genially

Question 1/4

En 30 secondes

La dose maximale de Venofer® est-elle de 1g par injection ?

Oui Non

Correct ! La dose maximale de Venofer® est 300 mg. C'est la dose maximale du Ferinject® qui est de 1g maximum par injection et par semaine.

ENVOYÉ

genially

EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Recommandé : Debriefing



**temps adapté en
fonction des retours
de terrain**



Analyse de la possibilité de survenue de cet événement au sein de son établissement :

- 1. principales barrières existantes,**
- 2. principales défaillances**
- 3. propositions d'amélioration collectives**

EXEMPLE : ANIMATION AUTOUR D'UNE ERREUR

Approfondissement des connaissances par
chaque apprenant après la séance

→ Version papier



POUR ALLER + LOIN...

- [HAS rapport_eigs_medicament_11.2020.pdf](#) p 32
- Résumé des caractéristiques du produit - [FERINJECT 50 mg/ml, solution injectable/pour perfusion](#) - Base de données publique des médicaments (medicaments.gouv.fr)
- Résumé des caractéristiques du produit - [VENOFER 20 mg/ml, solution injectable \(IV\)](#) - Base de données publique des médicaments (medicaments.gouv.fr)

→ Version E-learning



Fer injectable

SOMMAIRE

Pour aller plus loin

- [Information de sécurité de l'ANSM sur les spécialités à base de fer injectable](#)
- [Rapport d'EIGS de la HAS \(2020\), page 32](#)
- [Résumé des caractéristiques du produit du Ferinject® \(base de données publique des médicaments\)](#)
- [Résumé des caractéristiques du produit du Venofer® \(base de données publique des médicaments\)](#)

genially