

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MEDICAMENTEUSES (EM)



LECTURE DE L'EVENEMENT

Omission de traitement par apixaban (Eliquis®) chez une résidente en EHPAD, par oubli de sa préparation lors de la réalisation du pilulier pour 7 jours, par l'IDE.

La résidente ne reçoit pas pendant une semaine l'apixaban (5mg matin et soir).



L'erreur lors de la prise en charge d'un patient par **anticoagulant** constitue un **never-event**. Une erreur en lien avec ce médicament à risque peut amener à un préjudice grave pour le patient : un risque hémorragique en cas de surdosage et un risque thrombotique en cas de sous-dosage



QUELQUES CHIFFRES

Circulaire DGOS 14 février 2012

ETABLISSEMENTS DE SANTE



Rapport HAS
19/11/2020

16% des déclarations d'erreurs médicamenteuses proviennent d'une structure médico-sociale (dont 70% des cas un EHPAD)

65% des EIGS déclarés, selon l'étape initiale de survenue, concernent l'étape d'administration (étape intégrant la préparation, la distribution et l'acte d'administration)

Une PDA maîtrisée et sécurisée en EHPAD par les pharmaciens permet de diminuer le taux d'erreur, celui-ci passant de 15% (PDA manuelle par les infirmiers) à 2% (PDA normée et sécurisée, effectuée par des pharmaciens)



FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES



ACTIONS ET BARRIERES

Organisationnels

Absence de contrôle des doses préparées au regard de la prescription, au moment de l'étape d'administration par l'IDE

Absence de contrôle de la concordance entre la prescription et les doses préparées par l'IDE lors de l'aide à la prise par l'aide-soignante

Absence de sensibilisation sur les erreurs liées aux médicaments à risque

Mettre en place un double contrôle systématique des doses préparées, au regard de la prescription, au moment de l'administration par une IDE n'ayant pas réalisé la préparation (si possible)

Information sur les modalités de prise, des personnes chargées de l'aide à la prise, à partir de protocoles de soins rédigés par les IDE.

Proposer une formation sur le circuit des médicaments à risque et sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques de préparation des piluliers au moyen d'outils ludiques tels que le pilulier des horreurs

Technique

Préparation manuelle des doses à administrer par les IDE

Local dédié à la préparation des doses à administrer non préservé des interruptions de tâche

Préparation des piluliers par la pharmacie et si possible au moyen d'un automate de dispensation des formes orales sèches (PDA automatisée)

Prévenir les interruptions de tâche par :
Pièce de préparation des piluliers isolée : fermée à clef ou avec digicode
Panneau « Ne pas déranger. Préparation de piluliers »
Transfert des appels téléphoniques pendant la préparation des piluliers

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES (EM)

Humains

Absence de sensibilisation sur la **gestion d'une interruption de tâche (IT)**

Former le personnel à la gestion d'une interruption de tâche : au moment de l'interruption, repérer le point précis de l'interruption et le noter sur un aide-mémoire. Si oubli du point de l'IT, reprendre entièrement la procédure.

Absence d'information du patient sur sa **prise en charge médicamenteuse**

Informé et associé le patient dans sa prise en charge médicamenteuse



QUIZ

Lors de la préparation des piluliers, les présentations en doses unitaires identifiables doivent être privilégiées

Vrai ! Il faut privilégier les doses unitaires identifiables (dénomination commune, nom de spécialité, dosage, date de péremption et numéro de lot). **NE DEBLISTERISER qu'au moment de l'administration et NE PAS DECOUPER DES PLAQUETTES de médicaments NON PRESENTÉES EN IDENTIFICATION UNITAIRE.**

En cas de prescription de ¼ ou de ½ comprimé, je peux conserver les morceaux de comprimés pour la prochaine prise dans le pilulier

Faux ! Je dois **jeter systématiquement la partie de comprimé restante** et ne pas conserver des morceaux de comprimés non identifiables.

Toute anomalie de préparation d'un pilulier doit faire l'objet d'un enregistrement et d'un retour en interne

Vrai ! Toute anomalie de préparation doit faire l'objet d'une déclaration et d'un retour en interne afin de l'analyser et de mettre en place des mesures adaptées pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Les interruptions de tâche sont le plus souvent induites par les familles

Faux ! Les interruptions de tâche sont le plus souvent induites par un collègue et sont souvent de courte durée. Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress ainsi que des erreurs médicamenteuses.



POUR ALLER + LOIN...

- HAS rapport_eigs_medicament 11.2020.pdf p 32
- Le pilulier des « horreurs ». Outil de simulation en santé. OMÉDIT Centre-Val de Loire. Disponible [ici](#)
- HAS. L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments. « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées ? ». Janvier 2016
- Livre blanc pour un PDA maîtrisée et sécurisée en EHPAD. UNPF. Juin 2015



Où retrouver nos autres fiches?
<https://www.omedit-normandie.fr/>



Declarer les évènements indésirables [ICI](#) ?