



Comment améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse des mineurs accueillis en services d'hébergement collectifs ?

16 janvier 2019

Généralités sur le circuit du médicament et applications dans un centre d'hébergement collectif

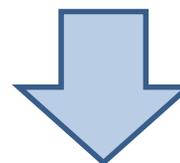
Céline BOUGLE
Albane CHEREL

La iatrogénie médicamenteuse: qu'est-ce que c'est?

L'ensemble des évènements indésirables imputables aux médicaments



Effet indésirable



Erreur médicamenteuse (EM)

- « *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 « évènement indésirable pour le patient » (ANSM)*
- « *Evènement iatrogène médicamenteux évitable: lié à un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient » (SFPC)*

La iatrogénie médicamenteuse: qu'est-ce que c'est?

Avérée

Résulte de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais médicament...

Erreur médicamenteuse (EM)

Potentielle

Interceptée avant l'étape d'administration/prise du médicament

**Latente
(risque d'erreur)**

Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient



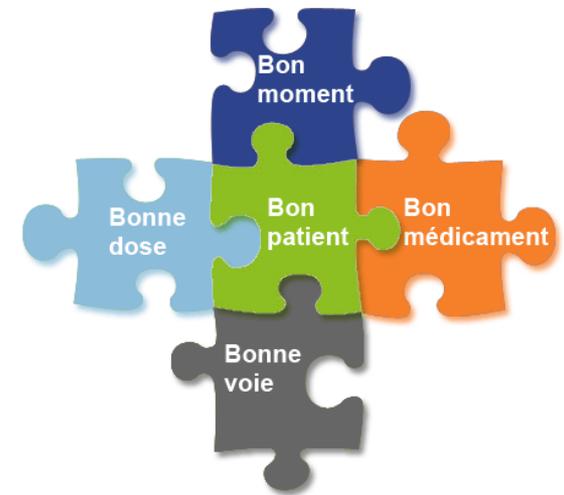
Faute: manquement à un devoir

Iatrogénie médicamenteuse

Selon vous?

Combien de décès et hospitalisations évitables par an en France liés au mésusage de médicaments ?

1. < 1 000 décès et < 20 000 hospitalisations
2. 5 000 décès et 100 000 hospitalisations
3. 10 000 décès et >130 000 hospitalisations

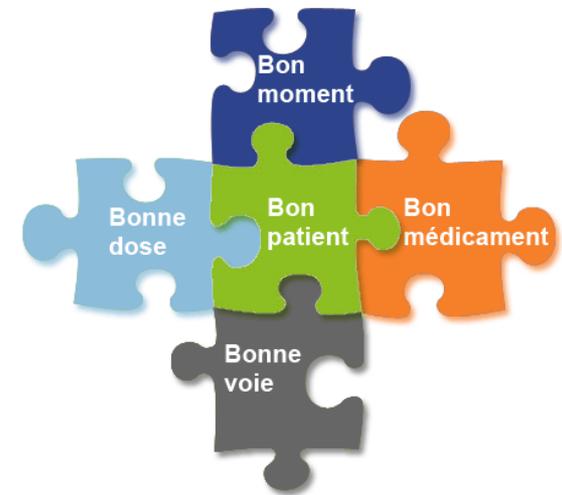


Iatrogénie médicamenteuse

Selon vous?

Combien de décès et hospitalisations évitables par an en France liés au mésusage de médicaments ?

1. < 1 000 décès et < 20 000 hospitalisations
2. 5 000 décès et 100 000 hospitalisations
3. 10 000 décès et >130 000 hospitalisations



Iatrogénie médicamenteuse

Selon vous?

Où retrouve-t-on le plus d'erreurs médicamenteuses ?

1. Prescription
2. Administration
3. Transcription
4. Dispensation



Iatrogénie médicamenteuse

Selon vous?

Où retrouve-t-on le plus d'erreurs médicamenteuses ^[1] ?

1. Prescription +++ (56%)
2. Administration ++ (34%)
3. Transcription + (4%)
4. Dispensation + (4%)



^[1] ARS Rhône-Alpes, Sécurisation du circuit du médicament, 2014

Iatrogénie médicamenteuse

Selon vous?

Quels sont les facteurs à l'origine du plus grand nombre d'erreurs médicamenteuses ?

1. Liés à l'équipe
2. Liés aux tâches à accomplir
3. Liés aux patients
4. Liés à l'environnement de travail
5. Liés à l'organisation
6. Liés au contexte individuel (personnel)
7. Liés à l'institution

Iatrogénie médicamenteuse

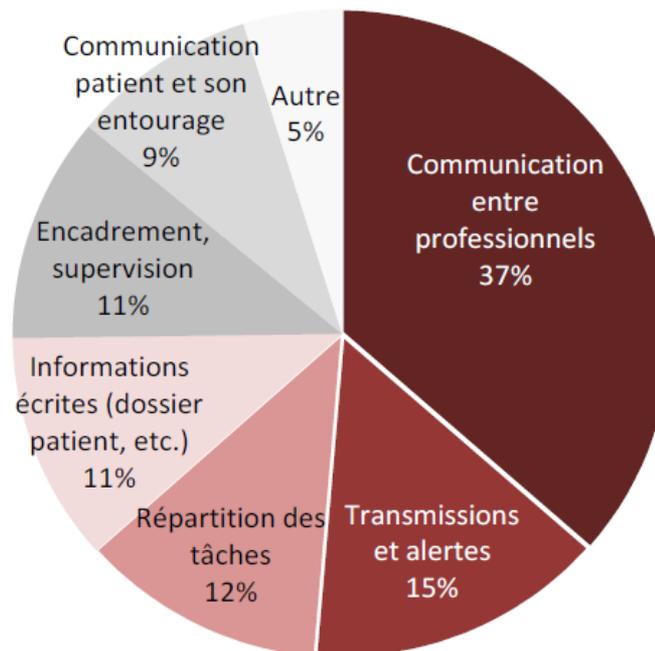
Selon vous?

Quels sont les facteurs à l'origine du plus grand nombre d'erreurs médicamenteuses ?

1. Liés à l'équipe +++ (27,03%)
2. Liés aux tâches à accomplir +++ (23,04%)
3. Liés aux patients ++ (15,52%)
4. Liés à l'environnement de travail ++ (13,55%)
5. Liés à l'organisation ++ (10,44%)
6. Liés au contexte individuel (personnel) + (8,3%)
7. Liés à l'institution + (2,12%)

Iatrogénie médicamenteuse

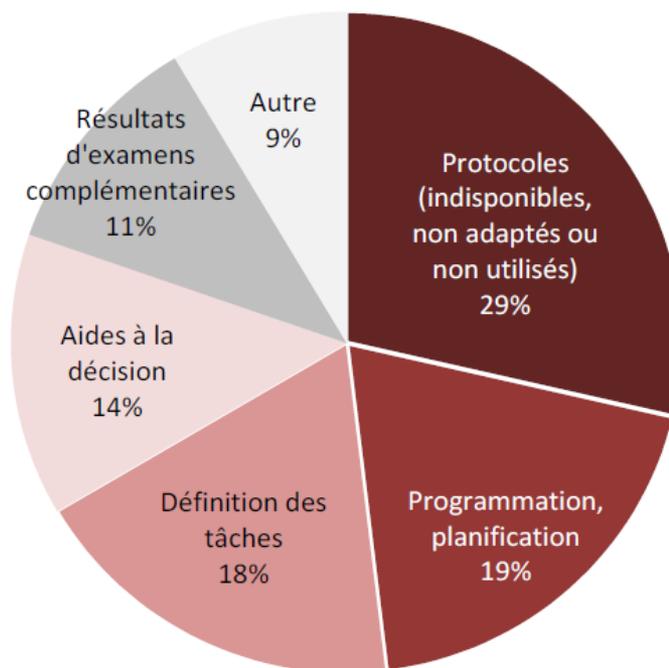
■ Facteurs liés à l'équipe (27%)



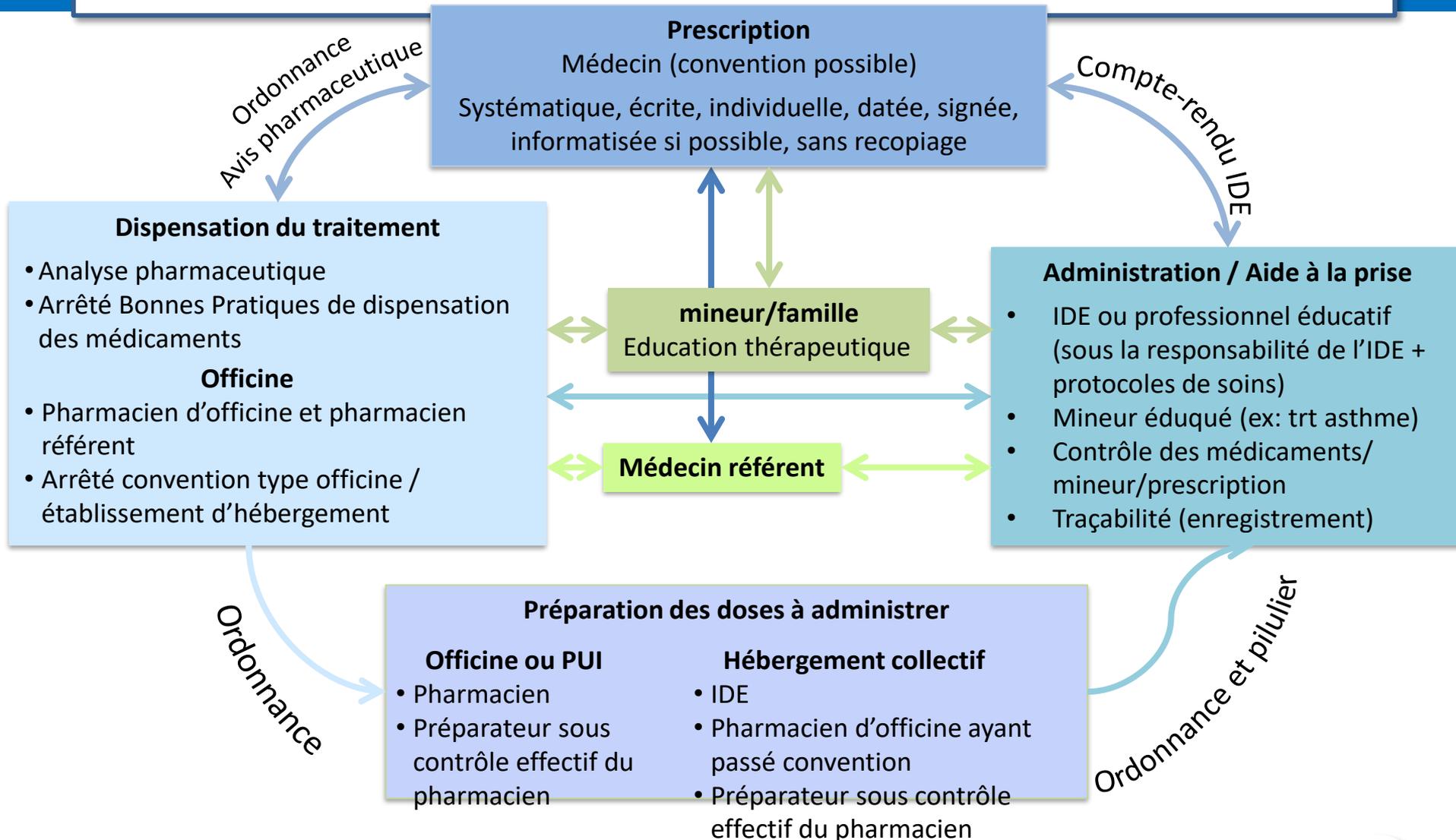
Au total, plus de 70% des causes liées à l'équipe relèvent d'un problème de communication orale ou écrite.

Iatrogénie médicamenteuse

- Facteurs liés aux tâches à accomplir (23%)



Circuit « complexe » avec une multiplicité d'acteurs



Etape prescription



Principaux enjeux :

- Adaptée à la physiopathologie du mineur et réévaluée régulièrement
- Prescription informatisée (à défaut support unique de prescription/administration)
- Pas de retranscription de la prescription

100	CHARRIERE	
101	JOUIN Pierre	
102	BERGENT PAULINE	
103	SERVAGE Thérèse	3. L'année de 10 ans
104	RONNIOT Suzanne	1. Prescription sur 6 mois
105		
106		
107	LANGHÉ Yvette	1. Prescription de 10 ans
108	LAVACHE Juliette	1. Prescription de 10 ans
109		
110		
111	Chérel E.	
112	CARROT Fernande	
113	MILLARD Christiane	1. Prescription de 10 ans
114	ANCIEN Juliette	1. Prescription de 10 ans
115	LEVEEL Paulette	1. Prescription de 10 ans
116	LEROQUER André	
117	BULVAINE	

1 - Prescription

- Support unique papier ou informatisé pour l'ensemble des traitements, utilisé jusqu'à administration
- Prescription lisible, datée, signée par le médecin
Pas de prescription orale
Pas de retranscription
- Réévaluation régulière des prescriptions (à l'entrée du mineur, pour tout évènement indésirable, a minima tous les 6 mois)
- Prescription sur la base d'une liste préférentielle des médicaments adaptés au mineur

Etape dispensation



Principaux enjeux :

Délivrer au bon patient le bon médicament, adapté en terme de forme galénique, tout en limitant le risque iatrogène (interactions médicamenteuses, contre-indications...)

- Connaissance de l'intégralité du traitement et des antécédents du patient
- Dispensation nominative manuelle ou automatisée
- **Intervention du pharmacien auprès de l'équipe soignante et/ou du patient/mineur**

2 - Dispensation



- **Analyse pharmaceutique de la prescription médicale :** connaissance de l'intégrité du traitement (antécédents du patient, allergie ...)
- **Préparation des doses à administrer (PDA)**
- Mise à disposition des **informations** et des **conseils** nécessaires au **bon usage du médicament** (intervention du pharmacien auprès de l'équipe soignante et/ou du mineur)
- **Délivrance des médicaments :** privilégier les présentations unitaires pour permettre l'identification des médicaments jusqu'à l'administration/prise
- **Transport des médicaments :** sachet scellé, opaque, nominatif, sécurisé dans le respect des conditions de conservation des médicaments
- Réception sécurisée des médicaments par des personnes habilitées et identifiées au sein de l'établissement

Qu'en pensez vous?



Qu'en pensez vous?



Non respect des règles de sécurisation:
→ dispositif de rangement non fermé à clefs

Qu'en pensez vous?



Qu'en pensez vous?



**Un comprimé non administré
mis dans la poubelle commune**

→ Accès possible par les mineurs au médicament

→ Non respect de la nécessité de retourner les médicaments non utilisés à la pharmacie afin qu'ils soient éliminés par une filière spécifique

Etape stockage - détention

▪ Principaux enjeux :

- Garantir le respect des **conditions de conservation**
- **Limit**er les risques d'erreur et de **confusion entre spécialités** et entre **dosages** d'une même spécialité
- **Maintenir de l'identification des médicaments**

3 - Stockage Détention

▪ **Séparation**

- Des traitements nominatifs des mineurs (casiers nominatifs)
- Des stocks pour besoins urgents/premiers soins

▪ **Stocks pour besoins urgents**

- Liste définie et restreinte
- Réapprovisionnement sur commande du médecin
- Interdiction de réintégrer les médicaments non utilisés du mineur

Etape stockage - détention

3 - Stockage Détention

- **Respect des règles de :**
 - **Sécurisation:**
 - Locaux et dispositifs de rangement **dédiés et fermés à clefs**
 - **Accès limité** aux personnes habilitées
 - Respect des conditions particulières de rangement des médicaments stupéfiants
 - **Hygiène**
 - **Conservation**
 - Abri de la lumière
 - Températures adaptées des locaux et réfrigérateurs (contrôles réguliers, procédures en cas d'excursion de température, ...)

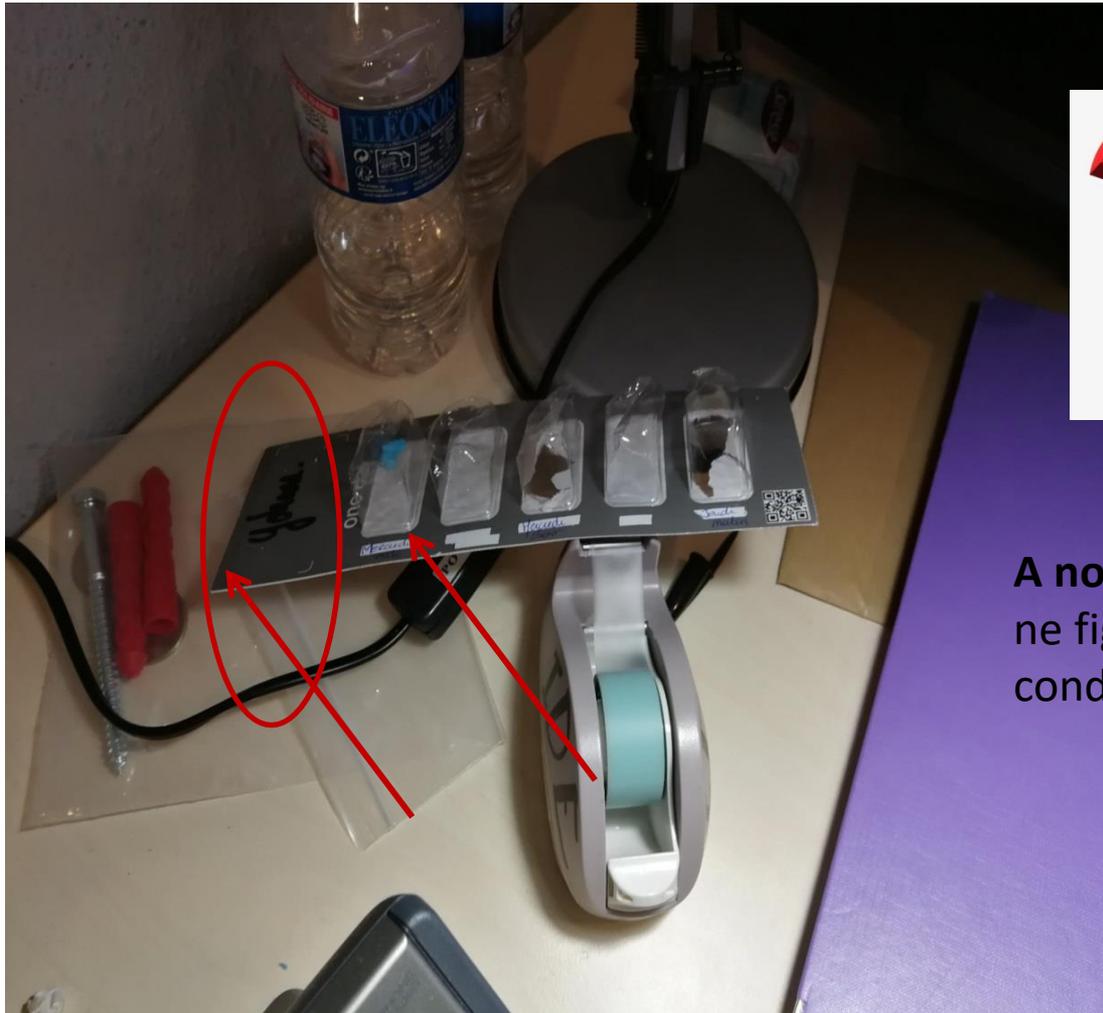
Etape stockage - détention

3 - Stockage Détention

▪ Bonne gestion

- Contrôle à la réception par les IDE ou référent identifié de l'adéquation entre les médicaments prescrits et les médicaments délivrés
- Gestion des stocks pour besoins urgents
- Turn/over des médicaments selon le principe FEFO (*First Expired First Out*)
- Gestion des médicaments périmés
- Pour les conditionnements multi-doses, apposer le nom du mineur et la date d'ouverture

Qu'en pensez vous?



A noter: aucuns éléments ne figurent au dos du conditionnement

Qu'en pensez vous?



- ✓ Identification **incomplète du pilulier (au min nom + prénom)** du mineur
→ risque d'erreur d'identité
- ✓ Pas d'identification du médicament (nom, dosage, numéro de lot, DLU...): mais difficulté en structures d'hébergements collectifs (conditionnements non adaptés)
- ✓ Moments de prise?
- ✓ Pas de rangement dans un dispositif dédié: accès non sécurisé + non respect de la confidentialité

Qu'en pensez vous?



A noter: les gobelets sont utilisés par chaque mineur pour prendre ses traitements médicamenteux en gouttes ou comprimés

Qu'en pensez vous?



- ✓ Identification **incomplète** (au min nom + prénom) du mineur sur le gobelet
- ✓ + Plusieurs gobelets de la même couleur
- Risque d'erreur en cas de « mélange » des gobelets
- ✓ Problème de **l'hygiène** des gobelets → Existe des gobelets avec des couvercles
- ✓ Accès non sécurisé

Etape préparation

▪ Principaux enjeux :

- Réaliser la préparation à partir de la prescription médicale et non d'une retranscription
- Garantir le respect des conditions de conservation et l'identification des médicaments jusqu'à l'administration/prise
- **Identifier le patient/mineur**
- Préparation pour un mineur à la fois afin d'éviter les risques d'erreurs et de contaminations croisées (nettoyage systématique)

Etape préparation

4 - Préparation

- Acte nécessitant une attention particulière : **NE PAS ETRE DERANGE!**
- Rôle propre des **pharmaciens, préparateur en pharmacie** (sous la responsabilité du pharmacien) **IDE** (les élèves IDE sous la responsabilité de l'IDE)
- **Zone dédiée et adaptée**
 - Réalisée à partir de la prescription médicale (pas de retranscription)
 - **Identification des piluliers et tout autre contenant par : nom, prénom du mineur, date de naissance, photo**

La qualité de la préparation du pilulier dépend de la qualité de la prescription

- ☛ pas de retranscription
- ☛ document unique

Etape préparation

4 - Préparation

- **Identification des médicaments jusqu'à l'administration/prise (nom, dosage, DLU, numéro de lot)**
- **Pas de déconditionnement à l'avance**
- **Privilégier une préparation limitée à une semaine**
- **Préparation des formes multi-doses de façon extemporanée (pas de mélange) avec le dispositif d'administration spécifique et nominatif (pipette)**

Qu'en pensez vous?

Traitements du goûter

Traitements du soir

1	1	1	1	1					
1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
AMO	OL	AB	Ø	Ø	OL	OL	Ø	Ø	

Traitements du coucher

Traitement d'agitation



Qu'en pensez vous?

Traitements du goûter									
Traitements du soir									
1	1	1	1	1					
2	2	2	2	2	2	2	2	2	
AMO	OL	AB	Ø	Ø	OL	OL	Ø	Ø	
Traitements du coucher									
Traitement d'agitation									

Pas de traçabilité correcte

- Rature
- → Si médicament non pris: noter « **ND** » (non délivré) sur la fiche de suivi
→ Si le mineur refuse la prise de médicament, noter « **R** » (refus)
→ Informer le médecin

Etape administration/prise



Principaux enjeux :

- Règle des 5 B (bon produit, bonne dose, bonne voie d'administration, bon moment, bon mineur)
- Prise en compte des troubles de la déglutition et des modifications de galénique si besoin
- Respect du choix d'autonomie dans la gestion des traitements, évaluation et sécurisation
- **Traçabilité de l'administration et de la non administration**



Etape administration/prise

5 - Administration

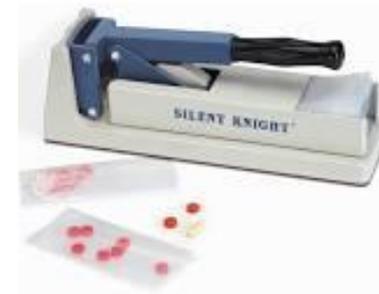
- Médicaments injectables ou nécessitant une qualification : **IDE ou médecin**
Autres médicaments : IDE ou AS (sous la responsabilité de l'IDE)
 - Vérification au regard de la prescription (« Règle des 5B » : **en s'assurant des bonnes règles d'hygiène**)
 - **Pas de modification de la présentation des médicaments (écrasement des comprimés, ouverture des gélules, ...)** **sans un avis pharmaceutique ou médical**
- **Risque d'inefficacité des médicaments et/ou de toxicité**



Etape administration/prise

5 - Administration

- Si écrasement : broyeur avec des sachets à usage unique (jamais de pilon, verre, etc.,)
- Traçabilité de la prise (et de la non-prise) des traitements sur un document de suivi: **date, heure, identité de la personne ayant assuré l'administration**
- Retour d'information au prescripteur si refus de prise, effets indésirables, problème d'absorption, problème de déglutition
- **Surveillance des mineurs après la prise** et éventuellement déclaration de pharmacovigilance



Etape administration/prise

Traçabilité du suivi

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Prescripteur(s) : _____ Allergies : _____ Poids : _____

Mois année	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Température																																	
	<u>Traitements du matin</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitements du midi</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitements du goûter</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitements du soir</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitements du coucher</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitement d'agitation</u>																																
Paraphe																																	
	<u>Traitements si besoin</u>																																
Paracetamol :																																	
Pastille Drill :																																	
Spasfon :																																	

Important : Noter R si refus de prise de traitement

Noter ND si médicament non donné

Etape d'aide à la prise dans les actes de la vie courante

Principaux enjeux:

- L'aide à la prise de médicaments **ne concerne jamais** l'administration réservée aux IDE : **actes d'injection ou de perfusion.**
- Les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments **sont informées des moments de prises et des doses prescrites**
- Les professionnels de santé (médecins référents, infirmiers) doivent évaluer au préalable et formaliser dans un **protocole de soins infirmiers le degré de participation des professionnels éducatifs** à l'aide à la prise de médicaments

Le professionnel éducatif a le droit de refus de réaliser un acte particulier auprès d'un résident s'il évalue ne pas maîtriser la situation ou le contexte ou bien s'il estime ne pas avoir des connaissances suffisantes pour le cas précis.

Etape d'aide à la prise dans les actes de la vie courante

6- Aide à la prise:

- Peut être réalisée si les conditions ci-dessous sont réunies :
 - **Le circuit du médicament est sécurisé**
 - **Le médecin n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un IDE pour l'aide à la prise du médicament**
 - L'aide à la prise doit être **évaluée régulièrement par le médecin** et **tracée** dans le **dossier du mineur**
 - L'infirmier évalue, dans le cadre de sa collaboration avec le professionnel éducatif que le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier, compte tenu de la nature du médicament

Etape d'aide à la prise dans les actes de la vie courante

6- Aide à la prise:

- Le professionnel éducatif dispose d'un **descriptif précis de son rôle et de sa responsabilité** dans l'aide à la prise des médicaments en rapport avec sa formation continue et son encadrement
- **Traitements au préalable préparés par un professionnel du corps médical (pharmacie/infirmière: semainier)**
- Le **professionnel éducatif** transmet à l'IDE les **informations importantes** (refus de prise, nausée, etc.)
- La **traçabilité** des actes et de leurs surveillances
- **L'appel possible vers l'IDE ou le médecin en cas de doute**

Etape d'aide à la prise dans les actes de la vie courante

6- Aide à la prise:

VIGILANCE DU PROFESSIONNEL

Vérification:

- ✓ **La prescription médicale** (date et signature), avant chaque aide à la prise
- ✓ Le **nom et prénom** du mineur
- ✓ Le **traitement** (nom des médicaments) et la **posologie** (doses et répartition dans la journée) prescrite

Le cadre légal de la réglementation

Marie DIVAY

Selon la législation, notamment **l'article L.313-26** du **Code de l'Action Sociale et des Familles C.A.S.F.** issu de la loi **Hôpital, Patients, Santé et Territoires (H.P.S.T.)** du **21/07/2009** est la seule base juridique applicable en matière d'aide à la prise du médicament :

*L'article L.313-26 du CASF prévoit qu' « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1, lorsque les personnes **ne disposent pas d'une autonomie suffisante** pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de toute autre, **l'aide à la prise de ce traitement** constitue une **modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.***

*L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par **toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante** dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le **mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.** »*

Les recommandations de l'ANESM

Marie DIVAY

Selon l'A.N.E.S.M., dans la partie « *Prendre en compte la Santé des mineurs dans le cadre des établissements de la protection de l'enfance et mettant en œuvre des mesures éducatives* », une des recommandations est « **d'élaborer et mettre en œuvre des outils, des procédures et des protocoles relatifs à la santé** ». Il est noté que :

« *Des **procédures de travail et protocoles régulièrement mis à jour et connus des professionnels** sont également garants d'un environnement protecteur et rassurant pour mineurs accueillis* ». Enjeux et effets attendus :

« *Les professionnels intègrent la santé comme une dimension à part entière de leur prise en charge éducative des mineurs* »; « *Les modalités d'intervention sont clarifiées et connues des professionnels.* »; « *L'ensemble des professionnels est soutenu dans la préservation de la confidentialité des informations médicales.* »; « *Les procédures (...) d'administration des médicaments sont établies et connues des professionnels.* »

De plus, dans ce même ouvrage, il apparaît sous forme de schéma les **recommandations pour la prise en compte de la santé des mineurs / jeunes majeurs dans les établissements / services :**

- *Organisation à privilégier par l'établissement*
- *Bonnes pratiques à mettre en œuvre par les professionnels*
- *Effets attendus pour les mineurs / jeunes majeurs*

Les outils

Marie DIVAY

Protocole et procédure garantissant la sécurisation du circuit du médicament

PROTOCOLE ET PROCEDURE GARANTISSANT LA SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le circuit du médicament est un processus qui prend en compte l'interdépendance entre tous les professionnels. De sa bonne organisation dépendent la sécurité du jeune et la minimisation des risques.

❖ La prescription médicale :

Ordonnance du médecin où apparaissent le N°RPPS¹ et le N°FINESS². Elle doit toujours se présenter sous la même forme, datée et signée par le médecin prescripteur. Les ordonnances nominatives de chaque adolescent sont rangées dans un Classeur Suivi Santé qui se trouve dans l'espace sécurisé prévu à cet effet. Elles doivent être accessibles rapidement par les professionnels éducatifs en charge de la vie quotidienne. Chaque ordonnance est insérée dans le dossier informatique (dématérialisé) du jeune et dans le classeur d'astreinte (papiers).

Pas de prescription orale, pas de retranscription

❖ Rôle du professionnel éducatif :

Le professionnel éducatif se rend à la pharmacie référente pour transmettre l'ordonnance en vue de la préparation du traitement par le pharmacien. Ce dernier va réaliser un double contrôle des doses à administrer. Le professionnel retourne ensuite sur l'établissement avec le traitement dans le semainier nominatif, identifié par le nom, le prénom et la date de naissance. Aussitôt, il le range dans l'armoire fermée à clé, dans l'espace dédié, lui-même sécurisé. L'ordonnance individuelle est rangée dans « le Classeur Suivi Santé », accompagnée de la fiche de suivi. Pour les médicaments nécessitant une conservation particulière, un réfrigérateur doit se trouver dans l'espace dédié.

❖ Le rôle de la pharmacie :

A la réception d'une nouvelle ordonnance ou à son renouvellement, la pharmacie doit préparer le semainier. La pharmacie référente prépare l'ensemble des semainiers, pour chaque jeune accueilli et assure un double contrôle des doses à administrer. Le pharmacien assure l'analyse pharmaceutique et informe le prescripteur de toutes contre-indications éventuelles ou interactions médicamenteuse. Le pharmacien doit connaître l'intégralité du traitement (antécédents du patient, allergie...)

❖ L'aide à la prise du traitement médicamenteux au sein de l'espace dédié selon le protocole :

En l'absence de professionnel de santé sur la structure, à l'heure de la prise du traitement, le professionnel éducatif accompagne l'adolescent dans l'espace dédié pour préserver la confidentialité et l'intimité du jeune.

Ne pas modifier la présentation des médicaments (ne pas couper si non sécable, ne pas écraser les comprimés, ne pas ouvrir les gélules...) sans un avis pharmaceutique ou médicale

❖ L'environnement de l'espace dédié (outils spécifiques à élaborer) :

L'espace dédié (lieu de stockage et d'aide à la prise) est vérifié mensuellement par les référents santé désignés et tracé (date de péremptions, nettoyage, surveillance hebdomadaire de la température du réfrigérateur...)

Pour les traitements périmés, ils sont ramenés à la pharmacie comme les traitements qui ne sont plus prescrits. Il est de même pour les rousses de secours.

Si stupéfiants prescrits : stockage dans un coffre spécifique, traçabilité spécifique, accès aux personnes habilités.

❖ Lors des transferts :

Ce principe s'applique également lors de déplacement (sortie, pique-nique, transfert). Dans ce cas les traitements se verront confiés à l'encadrant référent du déplacement à qui la charge revient de respecter les indications portées sur l'ordonnance. Il est de même nécessaire de garantir la sécurisation (trousse fermée et non à portée de mains des adolescents, à l'abri de la chaleur)

MINISTERE DE LA JUSTICE
DIRECTION TERRITORIALE
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE
DE LA JEUNESSE BASSE NORMANDIE
Espace Monet
3, place Jean Nouzille
14000 CAEN
Tél. 02 31 72 67 65 - Fax 02 31 52 29 79

Circuit du médicament
Outil de préconisation
Validé ARS-DTPJJ
Mai 2018

¹ R.P.P.S. : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

² F.I.N.E.S.S. : Fichier National des Etablissements sanitaires et sociaux

Circuit du médicament
Outil de préconisation
Validé ARS-DTPJJ
Mai 2018

Prise en charge de l'urgence médico-chirurgicale

PROTCOLE D'ALERTE AU SAMU¹ EN CAS D'URGENCE EXTRAIT DU GUIDE TECHNIQUE

Face à une situation d'urgence, modalités d'intervention pour l'appel du SAMU 15
par tout adulte du service

1) OBSERVER

- Le blessé ou le malade répond-il aux questions ?
- Respire-t-il sans difficulté ?
- Saigne-t-il ?
- De quoi se plaint-il ?

2) ALERTER :

- Composer le 15 (téléphone fixe) ou le 112 (téléphone mobile)
- Indiquer l'adresse détaillée (ville, rue...)
- Préciser le type d'événement (chute...)
- Décrire l'état observé au médecin du SAMU
- Ne pas raccrocher le premier
- Laisser la ligne téléphonique disponible

3) APPLIQUER LES CONSEILS DONNES :

- Couvrir et rassurer mais ne pas déplacer
- Ne jamais laisser seule la victime
- Ne pas donner à boire
- Rappeler le 15 en cas d'évolution de l'état

4) GARDER SON CALME ET ORGANISER L'ARRIVEE DES SECOURS

MINISTERE DE LA JUSTICE
DIRECTION TERRITORIALE
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE
DE LA JEUNESSE BASSE NORMANDIE
Espace Monet
3, place Jean Nouzille
14000 CAEN
Tél. 02 31 72 67 65 - Fax 02 31 52 29 79

¹ S.A.M.U : Service d'Aide Médicale Urgente

Protocole d'Aide à la prise des traitements médicamenteux

PROTOCOLE D'AIDE A LA PRISE DU MEDICAMENT

❖ Quelques préalables :

- **Un médicament est une substance active** qui agit sur l'état physiologique de l'individu, dans un but thérapeutique, et ayant des propriétés curatives ou préventives
- **Un médicament peut produire des effets secondaires. Il peut être aussi contre indiqué de l'associer à certains médicaments.** Il est nécessaire de toujours se rapporter à la notice.
- **Un médicament ne peut être administré que sur prescription médicale nominative**, selon un dosage personnalisé et évalué dans le cadre du suivi médical.

❖ Procédure et conformité:

Les traitements médicamenteux des mineurs sont prescrits par un médecin. Sur la prescription médicale doit apparaître le nom et N°RPPS¹ (identifiant) du prescripteur, nom et prénom et date de naissance du mineur, dénomination et posologie du médicament.

Cette prescription médicale doit être datée et signée.

❖ Aide à la prise du traitement médicamenteux :

Selon la législation, notamment l'article L.313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles C.A.S.F. issu de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (H.P.S.T.) du 21/07/2009 est la seule base juridique applicable en matière d'aide à la prise du médicament :

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1, lorsque les personnes prises en charge ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin, à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce médicament constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante ».

¹ R.P.P.S : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Circuit du médicament
Outil de préconisation
Validé ARS-DTPJJ
MAI 2018

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier. »

En l'absence de médecin ou professionnel de santé (Infirmier Diplômé d'Etat, Aide-Soignant, Aide Médico-Psychologique²) sur la structure, les professionnels éducatifs pluridisciplinaires intervenant au sein des établissements d'hébergement, sont habilités à l'aide à la prise du traitement médical, à condition que ces traitements soient au préalable préparés par un professionnel du corps médical, soit la pharmacie référente via des semainiers individuels ou un infirmier.

Pour cela, le professionnel doit faire preuve de **vigilance, il doit vérifier :**

- ✓ **La prescription médicale, (l'ordonnance) avant chaque aide à la prise, elle doit être datée et signée**
- ✓ **Le nom et le prénom du mineur**
- ✓ **Le traitement (nom des médicaments) et la posologie (répartition dans la journée) prescrite**

— **Si un doute subsiste** (sur la quantité, la durée ou le mode d'administration, l'apparition de symptômes nouveaux ou/et d'une réaction cutanée), celui-ci prendra avis auprès d'un collègue ou si besoin d'un professionnel de santé), avant l'aide à la prise du traitement.

❖ Tracabilité et visibilité du suivi du traitement médicamenteux :

Chaque professionnel délivrant un médicament, **doit impérativement parapher** le document prévu à cet effet (attention : si les initiales de la personne ayant donné le traitement, ne figurent pas sur la fiche de suivi de celui-ci, on peut considérer que le traitement n'a pas été pris par le jeune).

Si un médicament n'a pas été pris pour quelque raison, noter **ND (Non Délivré)** sur la fiche de suivi.

Si un jeune refuse la prise du traitement, noter **R (Refus)** sur la fiche de suivi.

Quel que soit la raison de la non observance du traitement, le médecin doit être informé pour pouvoir ajuster la prise médicamenteuse au cours de la journée si besoin ou pour réadapter le traitement.

ATTENTION : Pas de modification de la présentation des médicaments (écrasement des comprimés, ouverture des gélules... sans un avis médical).

Vigilance pour les traitements médicamenteux spécifiques : collyre, pommades... Contacter I.D.E. libérale pour sensibilisation à la manière d'aide à l'administration. Ne pas hésiter à demander au médecin traitant d'inscrire à faire par I.D.E. libérale si administration trop particulière.

² Décret de compétence : A.S. ou A.M.P. rôle en collaboration avec l'I.D.E. selon des protocoles de soins

MINISTRE DE LA JUSTICE
DIRECTION TERRITORIALE
DE LA PROTECTION JUDICIAIRE
DE LA JEUNESSE BASSE NORMANDIE
Espace Monet
3, place Jean Nouzillo
14000 CAEN
Tél 02 31 72 67 65 - Fax 02 31 52 29 79

Circuit du médicament
Outil de préconisation
Validé ARS-DTPJJ
MAI 2018

Protocole des premiers soins

Fiche de PREMIERS SOINS à élaborer avec le médecin référent

En cas d'urgence, contacter le SAMU¹ 15 et prévenir le cadre d'astreinte

❖ EN CAS DE FIEVRE : T°>38°C

- ✓ Arrêt immédiat des neuroleptiques
- ✓ Mise au repos du jeune
- ✓ Le découvrir, éventuellement aérer la pièce
- ✓ Lui donner du Paracétamol : 1g si poids >60 kg (ne pas dépasser 4g/24h) ou 500mg si poids <60 kg.
- ✓ Lui faire boire de l'eau régulièrement
- ✓ Surveiller sa température toutes les 3h
- ✓ Si fièvre persistante (T°>38,5°C) 2h après la prise du Paracétamol, contacter le 15 pour avis médical, en précisant la prise du Paracétamol.

❖ EN CAS DE MAUX DE GORGE :

- ✓ Donner au jeune une pastille de Drill* ou de Lisopaine*
- ✓ Contrôler la température

❖ EN CAS DE MAUX DE TETE OU DE DOULEUR

- ✓ Donner du Paracétamol : 1g si poids >60 kg ou 500mg si <60 kg
- ✓ Contrôler la température, si T°>38°C, la recontrôler au bout de 2h

❖ EN CAS DE DOULEUR ABDOMINALE

- ✓ Contrôler la température du jeune
- ✓ Possibilité de donner un spasfon Lyoc* 80 mg ou 1 cp ou Paracétamol : 1g si poids >60 kg ou 500mg si poids <60kg

❖ EN CAS DE VOMISSEMENT

- ✓ Contrôler la température (si T°>39°C, contacter le 15)
- ✓ Mettre le jeune au repos, tête relevée
- ✓ Faire boire de l'eau sucrée
- ✓ En cas de vomissements répétés, contacter le 15 pour avis médical

❖ EN CAS DE DIARRHEES

- ✓ Contrôler la température
- ✓ Faire boire de l'eau sucrée
- ✓ Consultation médicale à prévoir afin d'obtenir une prescription individualisée au jeune concerné. Dans l'attente de la consultation et si la fréquence des diarrhées est rapprochée, contacter le 15 pour avis médical

❖ EN CAS D'ENTORSE (consultation dans les 24h) :

- ✓ Appliquer une poche de glace (située dans la case freezer du réfrigérateur de l'espace dédié), la changer lorsqu'elle se réchauffe, ne pas utiliser directement sur la peau.
- ✓ Si douleur : donner Paracétamol : 1g si poids >60kg ou 500mg si poids <60kg

- ✓ Si déformation de la cheville, contacter le Samu 15

❖ EN CAS DE PLAIES SUPERFICIELLES ou ECORCHURE

- ✓ Nettoyer la plaie au Sérum physiologique*, désinfecter par Héxomédine*, sécher puis mettre un pansement sec

❖ EN CAS DE BRULURES LEGERES

- ✓ Refroidir en faisant ruisseler de l'eau froide le long de la partie brûlée pendant 10 à 15 minutes
- ✓ Appliquer une compresse d'eau froide sur la brûlure et la changer régulièrement
- ✓ Recouvrir la brûlure avec du Tulle gras*, ou appliquer Flammazine* en couche épaisse
- ✓ Si surface de plus de 10 cmx 10 cm, contacter le SAMU 15

A CHAQUE FOIS OU'UN MEDICAMENT EST DONNE A UN JEUNE SELON LE PROTOCOLE, PENSEZ A L'INSCRIRE SUR LE DOCUMENT DE REFERENCE : nom du médicament donné et l'heure.

¹ S.A.M.U. :Service d'Aide Médicale Urgente

- Aménagement du lieu et/ou d'aide à la prise :
 - ✓ L'espace dédié se doit d'être chaleureux et adapté
 - ✓ Installation du mobilier/ espace : bureau / chaises
 - ✓ Pièce sécurisée,
 - ✓ Armoire sécurisée avec gestion du stock : un compartiment par adolescent
 - ✓ Réfrigérateur,
 - ✓ Fauteuil,
 - ✓ Lavabo, nécessaire lavage de mains
 - ✓ Elimination des déchets : container adapté
 - ✓ Classeur usager, carnets de santé...

Sécurisation du circuit du médicament

- **Nécessaire mais surtout une PRIORITE**
- **Pourquoi ?**
 - Macro-processus complexe
 - **Nombreuses étapes**
 - **Diversité des acteurs** gravitant autour du patient
 - Existence de **plusieurs interfaces** aux **points de transition** du **parcours mineur** : entrée, transfert, hospitalisations intercurrentes, etc ...
 - Diversité des organisations des structures et des organisations
- **Enjeux : Garantir une prise en charge médicamenteuse optimale en terme de qualité et de sécurité, limiter l'iatrogénie médicamenteuse**
- **Outils :**
 - Outil d'auto-diagnostic des risques et audit croisé
 - CREX, REMED...
 - **Fiche navette sur les risques d'erreurs médicamenteuses identifiés par les équipes**
 - Guide des bonnes pratiques

Quelle démarche de gestion des risques

- **Objectif** : Assurer la **sécurité des soins** qui sont prodigués au mineur → **diminuer** le **risque de survenue d'événements indésirables** et la **gravité** de leurs conséquences
- **Principales étapes:**

A priori : avant l'apparition de l'accident, méthode préventive
Analyse de scenario
Audit croisé sur PECM*



A posteriori : sur la base de l'identification des événements indésirables graves, méthode curative
RMM, CREX***...**

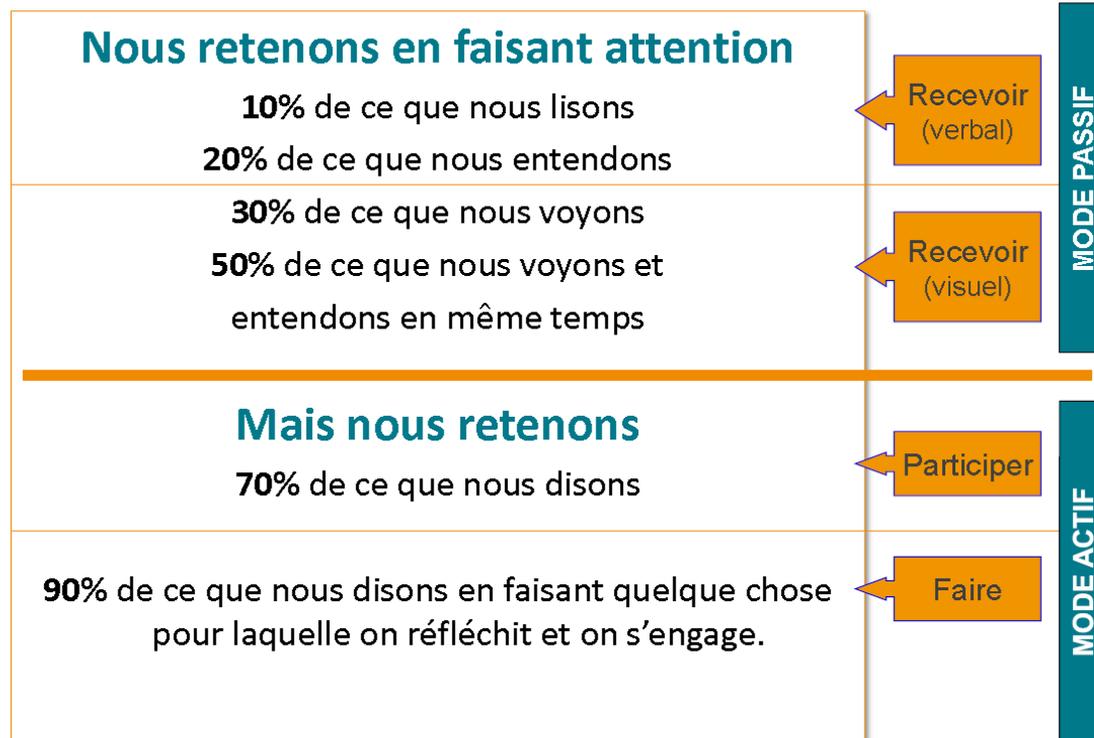
* Prise En Charge Médicamenteuse

** Revue de Morbi-Mortalité

*** Comité de Retour d'Expérience

Nécessité de développer le travail en équipe

- **Objectif** : Recherche collective de solutions afin d'améliorer la prise en charge du résident en collaborant avec tous les acteurs intervenant dans les structures



Quelques définitions...

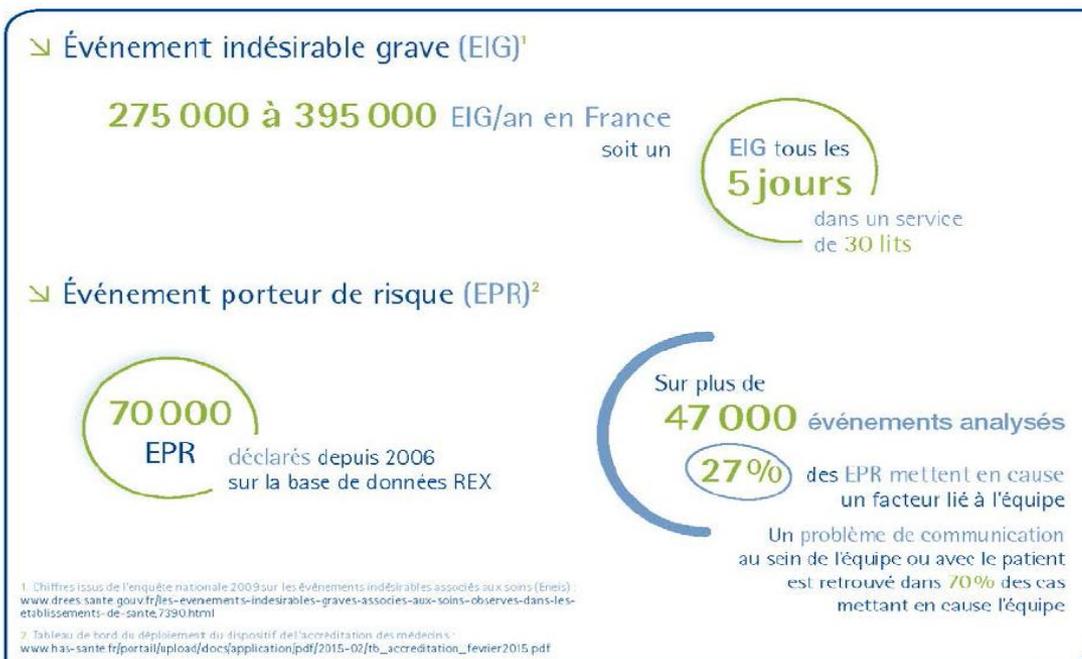
■ Qu'est-ce qu'un évènement indésirable associé aux soins?

- Dans toutes les activités humaines, le risque « 0 » n'existe pas
 - **Chaque individu commet 2 à 10 erreurs par heure** (en moyenne 30 erreurs par jour)
 - **Récupération de 80%**
- **Domaine d'hébergement collectif non épargné** : met en jeu des comportements humains, organisations de prises en charge (PEC) complexes dans un contexte de fragilité de mineurs
- **Ces incidents** sont appelés « **évènements indésirables associés aux PEC** » : évènements liés aux problématiques du mineur physique +/- psychique ou à l'environnement, qui auraient pu ou ont entraîné un préjudice.
- **EI : recouvrent de nombreux types d'évènements**
 - De **gravité plus ou moins importante**
 - **Pas aujourd'hui de recueil systématique et exhaustif**

Identification des risques « A posteriori »

■ Tous les EIAS sont-ils évitables?

- **Non, seulement 48% des EIG**
- +++ : actes chirurgicaux et invasifs, administration d'un produit de santé, infections associées aux soins



Identification des risques « A posteriori »

■ Le retour d'expérience (CREX) : Dualité à admettre

- **L'erreur est utile** car elle contribue au **processus de l'apprentissage**
- **L'erreur est indispensable** car elle **met en évidence nos limites** et nous fait prendre conscience de nos faiblesses **afin de réagir et de s'améliorer**
- **Se familiariser aux concepts des facteurs humains** en établissements médicosocial contribue à **renforcer la culture de la sécurité au sein des équipes** et renforcer la robustesse du système

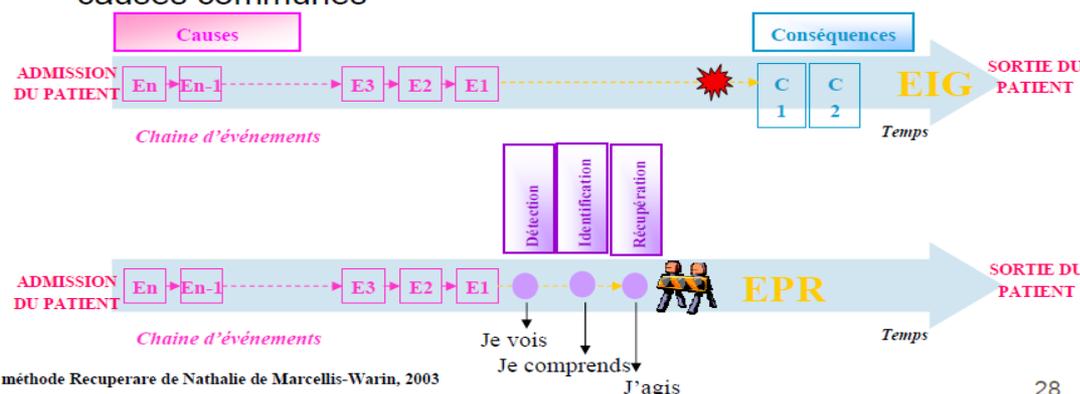


Identification des risques « A posteriori »

Travailler sur 2 types

Les évènements porteurs de risques (EPR)	Les évènements indésirables graves (EIG)
<p>qui auraient pu provoquer un préjudice au mineur mais qui ont été évités par le soignant. Une ou plusieurs barrières de sécurité ont fonctionné.</p>	<p>inattendus ont provoqué des conséquences graves pour le mineur (par exemple mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel, un décès, séquelles invalidantes ...).</p>

Les EIG et les EPR ont des conséquences différentes mais des causes communes



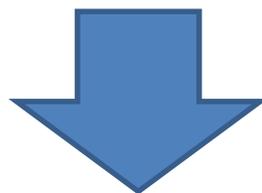
Adapté de la méthode Recuperare de Nathalie de Marcellis-Warin, 2003

28

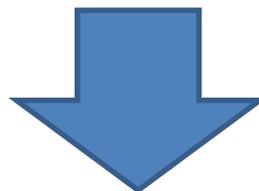
Identification des risques « A posteriori »



A partir de quel outil?



**Fiche navette sur les risques d'erreurs/erreurs
médicamenteuses identifiés par les équipes**



*« Culture positive
de l'erreur »*

**Démarche d'amélioration continue de la prise en
charge médicamenteuse des mineurs**

Identification des risques « A posteriori »



FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIES PAR LES EQUIPES

« La culture positive de l'erreur »
« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Definition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge éducative du traitement médicamenteux.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :
 Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)

Date et heure de survenue :

Lieu de survenue :

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Conséquences pour le mineur :
 Aucune
 Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :
 Autres :

NATURE : Risque d'erreur* Erreur potentielle** Erreur avérée***

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR

Prescription
 Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)
 Délivrance par la pharmacie
 Préparation
 Approvisionnement/acheminement
 Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)
 Vérification
 Administration/prise (comprenant la traçabilité)
 Suivi thérapeutique et clinique
 Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR
(Pour les erreurs avérées ou potentielles)

Non administration/ prise (erreur par omission)
 Dosage
 Posologie/Concentration
 Médicament
 Forme galénique (comprimé, gouttes,...)
 Moment d'administration/ prise (heure, fréquence, date, durée de traitement)
 Identité du mineur (erreur de mineur)
 Médicament périmé et détérioré
 Autre :

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR
 Avant l'administration/ prise
 Au moment de l'administration/ prise
 Après l'administration/ prise
 Autre :

Ce type d'erreur est-il nouveau ?
 Oui
 Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :
 Très fréquent (≥ 10%)
 Fréquent (1 à 10%)
 Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Date : **Signature :**

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- * **Risque d'erreur :** Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- ** **Erreur potentielle :** erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- *** **Erreur avérée :** résultat de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement, d'un médicament périmé...]

Support évolutif

Identification des risques « A posteriori »

Quel circuit pour la fiche navette?

Membre de l'équipe

Notification: remplissage de la fiche



Référénts de santé

Recueil des fiches navettes



Mise en œuvre de
la suite du circuit:
qu'en pensez-vous?

6 mars 2019: analyse des
fiches navettes et
proposition d'outils



Et maintenant, passons à la pratique !

Mise en pratique

- Scénario 1: erreur de dispensation/préparation
Scénario 2: accès non sécurisé
- Scénario 3: oubli de traçabilité
- Scénario 4: aide à la prise non sécurisée
- Scénario 5: gestion du stock
- Scénario 6: non connaissance du jeune, sa problématique et les indications des médicaments prescrits

Scénario 1

Le 15/01/19, le médecin prescrit à un mineur (du centre éducatif fermé le Pirel) du SERESTA 10 mg (1-1-1).

La pharmacie d'officine délivre et prépare ce même jour du SERESTA 50 mg.

Le 16/01/19, à 10h, le professionnel éducatif, du centre éducatif fermé le Pirel, en charge de l'aide à la prise, ne consulte pas le protocole de soins élaboré par les soignants et expliquant les doses prescrites et le moment de prise.

Le mineur prend le SERESTA 50 mg 1-1-1 le 16/01/19.

L'adolescent se plaint d'une fatigue inhabituelle. Il est sédaté

Erreur détectée le lendemain par un autre professionnel éducatif → appel du médecin

Scénario 1



FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »

« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur. 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 mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :

Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)

SERESTA 50 mg

Date et heure de survenue : le 16/01/2019 à 10h

Lieu de survenue : Centre Educatif Fermé, Le Pirel

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Le 15/01/19, le médecin prescrit à un mineur du SERESTA 10 mg (1-1-1). La pharmacie d'officine délivre et prépare du SERESTA 50 mg. Le 16/01/19, le professionnel éducatif, en charge de l'aide à la prise, ne consulte pas le protocole de soins élaboré par les soignants et expliquant les doses prescrites et le moment de prise. Le mineur prend le SERESTA 50 mg 1-1-1 le 16/01/19.
Erreur détectée le lendemain par un autre professionnel éducatif → appel du médecin

Conséquences pour le mineur :

Aucune

Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) : adolescent très sédaté (se plaint d'une fatigue inhabituelle)

Autres :

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

Prescription

Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)

Délivrance par la pharmacie

Préparation

Approvisionnement/acheminement

Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)

Vérification

Administration/prise (comprenant la traçabilité)

Suivi thérapeutique et clinique

Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR

(Pour les erreurs avérées ou potentielles)

Non administration/prise (erreur par omission)

Dosage

Posologie/Concentration

Médicament

Forme galénique (comprimé, gouttes,...)

Moment d'administration/prise (heure, fréquence,

date) ou durée de traitement

Identité du mineur (erreur de mineur)

Médicament périmé et détérioré

Autre :

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR

Avant l'étape d'administration/prise

Au moment de l'étape d'administration/prise

Après l'étape d'administration/prise

Autre :

Ce type d'erreur est-il nouveau ?

Oui

Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

Très fréquent (≥ 10%)

Fréquent (1 à 10%)

Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Rappel sur la nécessité de systématiquement :

- Pour l'infirmière préparant les piluliers de vérifier la conformité prescription/médicament délivré
- Pour le professionnel éducatif de se référer aux protocoles de soins établis par l'équipe soignante avant chaque aide à la prise

Date : 17/01/2019

Signature :

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- * **Risque d'erreur** : Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- * **Erreur potentielle** : erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- * **Erreur avérée** : résultat de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...

Scénario 2

Le 16/01/19 à 9h, au centre Educatif fermé le Pirel, lors de l'aide à la prise de médicaments, un professionnel est interpellé par un mineur à l'extérieur de la pièce dédiée à l'aide à la prise.

Le professionnel en compagnie des jeunes sort de la pièce et ferme la pièce à clefs sans ranger les traitements médicamenteux et laissant une plaquette de TERCIAN 25 mg sur le bureau.

Par la suite, le même professionnel revient dans la pièce destinée à l'aide à la prise, avec un autre adolescent. L'adolescent prend une plaquette de TERCIAN 25 mg laissée sur le bureau sans que le professionnel ne s'en aperçoive et avale 6 comprimés une fois dans sa chambre.

Le professionnel s'aperçoit plus tard dans la journée de l'erreur.

Le mineur est très sédaté et confus

Les professionnels éducatifs contactent le SAMU

Scénario 2

FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »
« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur. 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 mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :
Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)
PLUSIEURS TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DONT TERCIAN 25 mg

Date et heure de survenue : le 16/01/2019 à 9h00

Lieu de survenue : Centre Educatif Fermé, Le Pirel

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Lors de l'aide à la prise de médicaments, un professionnel est interpellé par un mineur à l'extérieur de la pièce dédiée à l'aide à la prise. Le professionnel en compagnie des Jeunes sort de la pièce et ferme la pièce à clefs sans ranger les traitements médicamenteux et laissant une plaquette de TERCIAN 25 mg sur le bureau. Par la suite, le même professionnel revient dans la pièce destinée à l'aide à la prise, avec un autre adolescent. L'adolescent prend une plaquette de TERCIAN 25 mg laissée sur le bureau sans que le professionnel ne s'en aperçoive et avale 6 comprimés une fois dans sa chambre. Le professionnel s'aperçoit plus tard dans la journée de son erreur. Appel du SAMU

Conséquences pour le mineur :

- Aucune
 Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) : mineur très sédaté/confus
Appel du SAMU/médecin
 Autres :

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

- Prescription
 Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)
 Délivrance par la pharmacie
 Préparation
 Approvisionnement/acheminement
 Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)
 Vérification
 Administration/prise (comprenant la traçabilité)
 Suivi thérapeutique et clinique
 Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR

(Pour les erreurs avérées ou potentielles)

- Non administration/prise (erreur par omission)
 Dosage
 Posologie/Concentration
 Médicament
 Forme galénique (comprimé, gouttes...)
 Moment d'administration/prise (heure, fréquence, date, durée de traitement)
 Identité du mineur (erreur de mineur)
 Médicament périmé et détérioré
 Autre : prise d'un médicament à l'insu de l'éducateur

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR

- Avant l'étape d'administration/prise
 Au moment de l'étape d'administration/prise
 Après l'étape d'administration/prise
 Autre : prise à l'insu de l'éducateur

Ce type d'erreur est-il nouveau ?

- Oui
 Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

- Très fréquent (≥ 10%)
 Fréquent (1 à 10%)
 Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Rappel sur la nécessité de ranger systématiquement les traitements médicamenteux dans un dispositif dédié fermé à clefs.

Eviter les interruptions de tâches : ne pas interrompre le professionnel éducatif en charge de l'aide à la prise.

Date : 16/01/2018

Signature :

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- * **Risque d'erreur :** Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- * **Erreur potentielle :** erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- * **Erreur avérée :** résultat de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...

Scénario 3

Le 16/01/2019, vers 23h, au centre Educatif fermé le Pirel, le traitement par DOLIPRANE est réclamé par un adolescent aux intervenants de nuit.

La prise de ce médicament n'a pas été indiquée sur la fiche de traçabilité.

Cependant, les transmissions orales entre professionnels éducatifs mentionnaient que le mineur avait déjà eu son médicament en soirée.

Les intervenants de nuits décident de se renseigner auprès de leurs collègues de jour afin de savoir si le traitement a déjà été pris par le mineur et oublié d'être tracé.

Scénario 3



FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »

« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :

Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)

DOLIPRANE

Date et heure de survenue : le 16/01/2019 à 23h

Lieu de survenue : Centre Educatif Fermé, Le Pirel

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Le traitement par DOLIPRANE est réclamé par un adolescent aux intervenants de nuit.

La prise de ce médicament n'a pas été indiquée sur la fiche de traçabilité.

Cependant, les transmissions orales entre professionnels éducatifs mentionnaient que le mineur avait eu son médicament en soirée. → L'équipe de nuit ne sait pas si elle peut donner le traitement. Risque de double prise → risque de surdosage. Les intervenants de nuit décident de se renseigner auprès de leurs collègues de jour afin de savoir si le traitement a déjà été pris par le mineur et oublié d'être tracé.

Conséquences pour le mineur :

Aucune

Évènement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :

Autres : risque de non prise en charge de sa douleur ou de prise avec surdosage

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

Prescription

Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)

Délivrance par la pharmacie

Préparation

Approvisionnement/acheminement

Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)

Vérification

Administration/prise (comprenant la traçabilité)

Suivi thérapeutique et clinique

Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR

(Pour les erreurs potentielles et avérées)

Non administration/aide à la prise (erreur par omission)

Dosage

Posologie/Concentration

Médicament

Forme galénique (comprimé, gouttes,...)

Moment d'administration/prise (heure, fréquence, date, durée de traitement)

Identité du mineur (erreur de mineur)

Médicament périmé et détérioré

Autre :

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR

Avant l'étape d'administration/prise

Au moment de l'étape d'administration/prise

Après l'étape d'administration/prise

Autre :

Ce type d'erreur est-il nouveau ?

Oui

Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

Très fréquent (≥ 10%)

Fréquent (1 à 10%)

Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Assurer systématiquement la traçabilité de la prise de chaque médicament sur le document de traçabilité des prises médicamenteuses

Date : 16/01/2018

Signature :

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- **Risque d'erreur** : Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- **Erreur potentielle** : erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- **Erreur avérée** : résulte de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...

Scénario 4

Au centre Educatif fermé le Pirel, le 17/01/19, à 20h, le professionnel éducatif présent souhaite effectuer sa mission d'aide à la prise du traitement au coucher d'un mineur. Il fait venir l'adolescent dans la pièce sécurisée et lui remet le traitement (1/2 comprimé de TERCIAN 25 mg) dans ses mains et lui demande de la prendre avec un verre d'eau dans sa chambre. Ce dernier réplique et dit qu'il préfère le prendre dans sa chambre comme la veille au soir. L'éducateur découvre que le mineur stocke ses comprimés dans sa chambre sans les prendre.

Scénario 4

FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »
« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur. 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 mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :

Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)

TERCIAN 25 mg

Date et heure de survenue : le 16/01/2019 à 20h

Lieu de survenue : Centre Educatif Fermé, Le Pirel

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Le professionnel éducatif présent souhaite effectuer sa mission d'aide à la prise du traitement au coucher d'un mineur. Il fait venir l'adolescent dans la pièce sécurisée et lui remet le traitement dans ses mains et lui demande de la prendre avec un verre d'eau dans sa chambre.

Le jour suivant, un autre professionnel fait sa mission d'aide à la prise du même adolescent et demande à ce dernier de prendre le médicament dans la pièce sécurisée. Ce dernier réplique et dit qu'il préfère le prendre dans sa chambre comme la veille au soir. L'éducateur découvre que le mineur a stocké dans sa chambre ses comprimés sans les prendre.

Conséquences pour le mineur :

Aucune

Évènement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :

Autres : mineur non traité

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

Prescription

Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)

Délivrance par la pharmacie

Préparation

Approvisionnement/acheminement

Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)

Vérification

Administration/prise (comprenant le traçabilité)

Suivi thérapeutique et clinique

Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR

(Pour les erreurs avérées ou potentielles)

Non administration/prise (erreur par omission)

Dosage

Posologie/Concentration

Médicament

Forme galénique (comprimé, gouttes,...)

Moment d'administration/prise (heure, fréquence, date, durée de traitement)

Identité du mineur (erreur de mineur)

Médicament périmé et détérioré

Autre :

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR

Avant l'étape d'administration/prise

Au moment de l'étape d'administration/prise

Après l'étape d'administration/prise

Autre :

Ce type d'erreur/risque est-il nouveau ?

Oui

Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

Très fréquent (≥ 10%)

Fréquent (1 à 10%)

Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Rappel sur la nécessité que la prise des traitements par le mineur se fasse dans la pièce sécurisée dédiée.

Date : 17/01/2018

Signature :

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- * **Risque d'erreur** : Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- * **Erreur potentielle** : erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- * **Erreur avérée** : résultat de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...

Scénario 5

Le 16/01/19, à 20h, un professionnel éducatif, du centre Educatif Fermé Le Pirel, venant de gérer une situation de violence et échauffé par l'évènement s'apprête à assurer sa mission d'aide à la prise. Il souhaite prendre la plaquette de médicament du mineur de 17 ans, dans le dispositif fermé à clefs. Cependant, plusieurs plaquettes du même médicament de dosages différents sont présentes. Il prend la plaquette de rispéridone de 2 mg au lieu de la plaquette d'1 mg. Il vérifie le protocole de prise avant de donner le médicament au mineur et se rend compte de l'erreur de dosage.

Scénario 5



FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »
« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur. 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 mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :

Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)
Risperidone 1 mg

Date et heure de survenue : le 16/01/2019 à 20h

Lieu de survenue : Centre Educatif Fermé, Le Pirel

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Un professionnel éducatif, venant de gérer une situation de violence et échauffé par l'évènement s'apprête à assurer sa mission d'aide à la prise. Il s'apprête à prendre la plaquette de médicament du mineur dans le dispositif fermé à clés. Ce dernier est traité par rispéridone 1mg. Il avait eu au préalable de la rispéridone 2 mg le traitement avait été réévalué et le dosage abaissé à 1mg. Cependant, plusieurs plaquettes du même médicament de dosages différents sont présentes. Il prend la plaquette de rispéridone de 2 mg au lieu de la plaquette d'1 mg. Il vérifie le protocole de prise avant de donner le médicament au mineur et se rend compte de son erreur de dosage.

Conséquences pour le mineur :

Aucune
 Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :

Autres :

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ETAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, A L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

- Prescription
- Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)
- Délivrance par la pharmacie
- Préparation
- Approvisionnement/acheminement
- Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)
- Vérification
- Administration/prise (comprenant la traçabilité)
- Suivi thérapeutique et clinique
- Observations éducatives et transmissions

TYPE(S) D'ERREUR

(Pour les erreurs avérées ou potentielles)

- Non administration/prise (erreur par omission)
- Dosage
- Posologie/Concentration
- Médicament
- Forme galénique (comprimé, gouttes,...)
- Moment d'administration/prise (heure, fréquence, date, durée de traitement)
- Identité du mineur (erreur de mineur)
- Médicament périmé et détérioré
- Autre :

MOMENT DE DETECTION DE L'ERREUR

- Avant l'étape d'administration/prise
- Au moment de l'étape d'administration/prise
- Après l'étape d'administration/prise
- Autre :

Ce type d'erreur est-il nouveau ?

- Oui
- Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

- Très fréquent (≥ 10%)
- Fréquent (1 à 10%)
- Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS A METTRE EN OEUVRE POUR EVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Rappel sur la nécessité de vérifier régulièrement le stock et de retourner les médicaments non utilisés à la pharmacie.

Date : 16/01/2018

Signature :

FICHE A TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- * **Risque d'erreur** : Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- * **Erreur potentielle** : erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- * **Erreur avérée** : résulte de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...

Scénario 6

Le 16/01/19, un jeune mineur vient d'être déféré par le parquet, et placé au foyer d'hébergement de suite. L'éducateur PJJ arrive avec l'adolescent vers 17h au foyer. La raison du placement est expliquée puis l'éducateur PJJ repart.

Lors de l'accueil du jeune, l'inventaire rapide est effectué car il a très peu d'affaires avec lui. C'est alors qu'il sort de sa poche un petit sac de médicaments avec 3 boîtes de comprimés. L'éducateur prend en compte la parole du jeune car ce dernier n'a aucune ordonnance et autorise la prise du traitement par le jeune.

Scénario 6



FICHE NAVETTE SUR LES RISQUES D'ERREURS MEDICAMENTEUSES IDENTIFIÉS PAR LES ÉQUIPES

« La culture positive de l'erreur »

« Tirer des leçons pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs »

Définition : Écart évitable (c'est-à-dire qu'il est possible de prévenir par la mise en place de mesures appropriées) par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du mineur. 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 mineur.

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Professionnel déclarant (facultatif) :
Nom : Prénom : Fonction : Lieu d'exercice :

DESCRIPTION DU RISQUE D'ERREUR MEDICAMENTEUSE OU DE L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

Produits concernés (nom commercial ou dénomination commune internationale, dose ou concentration, voie d'administration)

Date et heure de survenue : 16/01/19 à 17h

Lieu de survenue : Foyer d'hébergement de suite

Description des faits et actions immédiates entreprises :

Un jeune mineur vient d'être déferé par le parquet, et placé au foyer d'hébergement de suite. L'éducateur PJJ arrive avec l'adolescent vers 17h au foyer. La raison du placement est expliquée puis l'éducateur PJJ repart. Lors de l'accueil du jeune, l'inventaire rapide est effectué car il a très peu d'affaires avec lui. C'est alors qu'il sort de sa poche un petit sac de médicament avec 3 boîtes de comprimés. L'éducateur prend en compte la parole du jeune car ce dernier n'a aucune ordonnance et autorise la prise du traitement par le jeune.

Conséquences pour le mineur :

- Aucune
 Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :
 Autres : risque d'erreur de posologie/le traitement est-il vraiment indiqué ou justifié chez le jeune ?

NATURE : Risque d'erreur Erreur potentielle Erreur avérée

ÉTAPE(S) DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE, À L'ORIGINE DE LA SURVENUE DE L'ERREUR/RISQUE

- Prescription
 Transcription (sur un autre support que l'ordonnance)
 Délivrance par la pharmacie
 Préparation
 Approvisionnement/acheminement
 Stockage (conservation, péremption, rangement, sécurisation)
 Vérification
 Administration/Aide à la prise (y compris la traçabilité)
 Suivi thérapeutique et clinique
 Observations éducatives et transmissions

TYPE D'ERREUR

(Pour les erreurs avérées et potentielles)

- Non administration (erreur par omission)
 Dosage
 Posologie/Concentration
 Médicament
 Forme galénique (comprimé, gouttes,...)
 Moment d'administration/prise (heure, fréquence, date, ou durée de traitement)
 Identité du mineur (erreur de mineur)
 Médicament périmé et détérioré
 Autre :

MOMENT DE DÉTECTION DE L'ERREUR

- Avant l'étape d'administration/prise
 Au moment de l'étape d'administration/prise
 Après l'étape d'administration/prise
 Autre :

Ce type d'erreur est-il nouveau ?

- Oui
 Non

Si ce type d'erreur est déjà survenu, estimez sa fréquence (probabilité dans le contexte de votre établissement) :

- Très fréquent (≥ 10%)
 Fréquent (1 à 10%)
 Peu fréquent (< 1%)

PROPOSITIONS D'ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE POUR ÉVITER QUE L'ERREUR/RISQUE D'ERREUR NE SE REPRODUISE

Date : 16/01/2019

Signature :

FICHE À TRANSMETTRE AUX REFERENTS MEDICAUX

- Risque d'erreur : Observation témoignant d'un risque potentiel pour le patient
- Erreur potentielle : erreur interceptée avant l'étape d'administration/prise du traitement
- Erreur avérée : résultat de l'administration au patient d'une dose incorrecte, d'un mauvais traitement...