

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

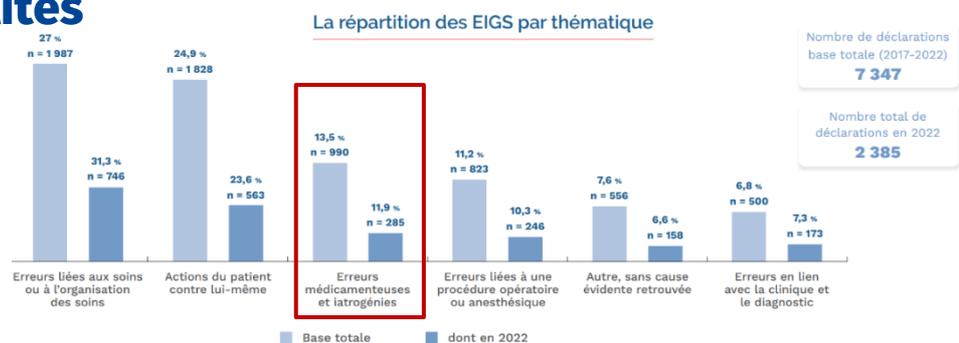
Erreur de modification d'un pilulier préparé par un IDE au sein d'un ESSMS

Mr X, 90 ans est résident en ESSMS. Il a chuté à plusieurs reprises sur les derniers jours. Le lundi, son médecin traitant diagnostique une hypotension orthostatique. Il décide alors d'arrêter le traitement par Ramipril 10 mg comprimé (1 le soir). Le médecin traitant signale l'arrêt de prescription du Ramipril à l'équipe soignante. L'activité ce lundi est très chargée dans l'ESSMS et l'équipe soignante est stressée (plusieurs urgences à gérer avec nombreuses interruptions de tâches (IT)). Dans cet ESSMS, la préparation des doses à administrer (PDA) est réalisée le vendredi, pour 7 jours par les infirmiers. L'infirmier (intérimaire venant d'arriver) présent ce jour retire du pilulier préparé le vendredi, les comprimés correspondants selon lui, au Ramipril 10 mg. Plusieurs médicaments contenus dans le pilulier ne sont pas identifiés (nom du médicament, dosage, date limite d'utilisation, numéro de lot). Dans la nuit du mercredi au jeudi, Mr X perd l'équilibre et chute, alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Il se fracture le col du fémur avec pour conséquence probable un déficit fonctionnel permanent. L'infirmière présente le jeudi à l'ESSMS, en vérifiant, en amont de l'aide à la prise, les doses préparées à donner sur la journée, s'aperçoit que les comprimés retirés du pilulier ne correspondent pas au Ramipril 10 mg. Il s'agit des comprimés de Bicalutamide (hormonothérapie prescrite dans le cadre de son cancer de la prostate), qui sont ronds et blancs comme le Ramipril.

Contexte et généralités



[ici](#)



Facteurs contributifs possibles

- Erreur d'identification des médicaments dans le pilulier
- Sous-estimation des risques liés aux traitements médicamenteux par les nouveaux arrivants réalisant la gestion des prises médicamenteuses
- Absence de contact avec le pharmacien d'officine pour s'assurer du médicament devant être retiré du pilulier

Actions et barrières

Humains

- **Sensibilisation** aux erreurs médicamenteuses, à la gestion des risques et à la définition d'une urgence. En cas de doute « NO GO »
- **Renforcer la coopération IDE de l'ESSMS et pharmacien d'officine de proximité.** Développer le conseil pharmaceutique. Prévoir des temps d'échanges entre le référent IDE « pharmacie » de l'ESSMS et le pharmacien d'officine

Techniques

- Formes orales sèches déblistérées non identifiables (nom, dosage, numéro de lot et date limite d'utilisation) ne permettant pas de s'assurer du traitement à retirer.
- **Ne pas déblistérer les traitements**
- Mise en place d'une **convention(s) EHPAD-pharmacie(s) d'officine de proximité**, prévoyant la réalisation de la PDA par la pharmacie d'officine avec **photographie des piluliers préparés avant remise à l'équipe IDE.**

Organisationnels

- Sous-effectif au niveau de l'équipe IDE ne permettant pas une PDA sécurisée.
- Déployer la PDA avec le pharmacien d'officine, en prévoyant:
 - **L'accès au Dossier usager Informatisé (DUI)** pour le pharmacien, permettant : **d'anticiper les adaptations de PDA** en lien avec l'équipe IDE et **d'identifier les résidents** avec des **troubles de la déglutition** pour une éventuelle adaptation des formes galéniques
 - **Les modalités de modification de traitement** : transmission de l'information du changement au pharmacien d'officine, définition du degré d'urgence, l'organisation de la livraison et du transport en dehors des horaires habituels.
- Absence de formation et de supervision des nouveaux arrivants
- Formation sur le circuit du médicament des nouveaux arrivants
- Absence de procédure générale sur la prise en charge médicamenteuse (PECM)
- Rédaction et présentation à l'équipe de la procédure PECM

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Environnement



• Plusieurs urgences à gérer ce jour avec IT

• Audit et sensibilisation sur les IT

Quiz et test de connaissances

• La préparation des doses à administrer. Vrai ou faux :

- Les médicaments anticancéreux peuvent être déconditionnés dans un pilulier. **Faux !**
- En cas de dose fractionnée (ex : Coumadine WARFARINE prescrite à la posologie de 6 mg par jour : 1 comprimé de 5 mg et ½ comprimé de 2 mg), il est recommandé de mettre dans le pilulier à la place du comprimé concerné une mémocarte « voir la prescription – dose fractionnée » et laisser la plaquette de médicament disponible (tiroir du stock du résident). **Vrai !**

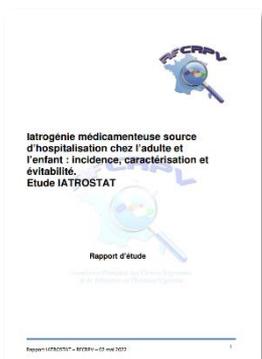
→ Mettre dans le tiroir du stock du résident, les blisters entiers d'AVK identifiés (étiquette résident, quand les formes ne sont pas présentées en blister en unitaire). Conserver le conditionnement intact jusqu'à l'administration car lui seul garantit les conditions de conservation. Ne pas « recycler » les ½ ou ¼ de comprimés restants et déconditionnés : les détruire en filière DASRI.

• Quelle est la définition d'un EIGS (Evènement indésirable grave associé aux soins) ?

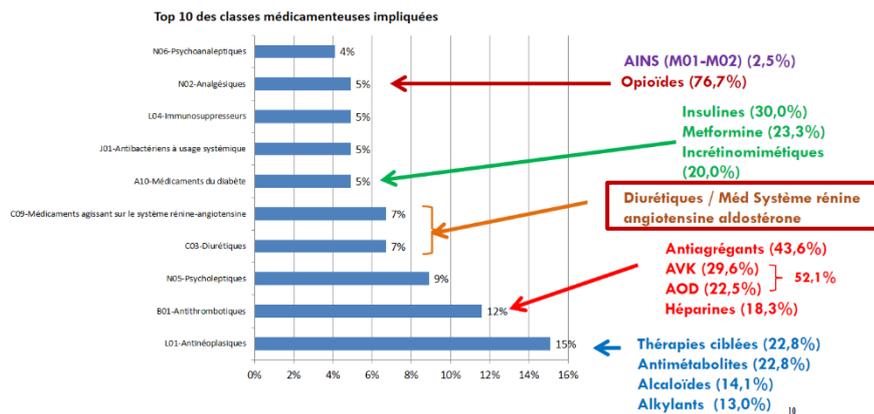
→ EIGS = évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent

• La iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation. Vrai ou faux :

- Les médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostérone (ex: ramipril) sont parmi les classes médicamenteuses les plus impliquées dans la iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation. **Vrai !**



[ici](#)



Pour aller plus loin

- [Modèles régionaux de convention EHPAD/ESSMS-handicap – Pharmacie d'officine. OMÉDIT Normandie](#)
- [Modèle régional de procédure prise en charge médicamenteuse en ESSMS. OMÉDIT Normandie](#)
- [Le Pilulier « Des horreurs ». OMÉDIT Centre Val de Loire. Octobre 2016](#)
- [Guide pour la préparation des doses à administrer aux résidents en établissement médico-social. ARS PACA. 2017](#)
- Boîte à outils [« EHPAD »](#) et boîte à outils [« handicap »](#). OMÉDIT Normandie
- Boîte à outils [« Interruptions de tâches »](#). OMÉDIT Normandie
- Boîte à outils [« Erreurs médicamenteuses »](#). OMÉDIT Normandie
- Page [« Evènements-Formations »](#). OMÉDIT Normandie