

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Surdosage suite à une rupture de médicament

Mme Z, 90 ans, est résidente en ESSMS. Son traitement médicamenteux comporte plusieurs médicaments dont Zopiclone 3,75 mg (IMOVANE), 1 comprimé au coucher. Au sein de cet ESSMS, la préparation des doses à administrer est réalisée par les IDE de la structure, pour 7 jours, le vendredi. Dans un contexte national de ruptures de stocks en médicaments, la pharmacie d'officine dispensatrice ne peut s'approvisionner en comprimés de Zopiclone 3,75 mg (IMOVANE). Elle prévient l'IDE référent du médicament de cette tension d'approvisionnement. Elle explique que le médicament livré sera du Zopiclone 7,5 mg (IMOVANE) (comprimé sécable) et qu'il faudra donner un demi comprimé par prise. L'IDE préparant les piluliers cette semaine n'est pas informée de cette consigne. Elle prépare comme elle a l'habitude le pilulier de Mme Z en y intégrant un comprimé entier de Zopiclone pour la prise du coucher. Elle ne repère pas que le dosage du comprimé est à 7,5 mg et non à 3,75 mg. A noter, que lors de la préparation des doses, les comprimés sont sortis de leur blister et ne sont plus identifiés. Les professionnels réalisant l'aide à la prise remettent à la résidente, chaque, jour au coucher, les comprimés entiers de Zopiclone 7,5 mg. La traçabilité de la prise ne se fait pas en temps réel et est globale pour l'ensemble des traitements médicamenteux remis. Au cours de la semaine, Mme Z se sent très fatiguée et somnolente toute la journée. La nuit du jeudi au vendredi, elle se lève pour aller aux toilettes et chute. Elle se fracture le col du fémur. Une erreur médicamenteuse liée à une rupture de médicament est déjà survenue mais cette dernière n'a pas fait l'objet d'un signalement en interne.

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 ?

Equipe

- Défaut de transmission des ruptures de stock entre l'IDE référent du médicament et les autres IDE de l'ESSMS.
- ...

- Formaliser des temps et supports de transmission au niveau de l'équipe.
- ...

Environnement de travail

• ...

• ...

Institutionnel

• ...

• ...

Organisation et management

• ...

• ...

Quiz et test de connaissances

- Parmi les classes médicamenteuses suivantes, lesquelles peuvent constituer un facteur de risque de chute:
 - Les antidépresseurs
 - Les antipsychotiques
 - Les benzodiazépines et somnifères
 - Les antihypertenseurs
 - Les antalgiques opioïdes
 - Les diurétiques
- Selon-vous, que devriez-vous déclarer au sein de votre ESSMS?
 - Une confusion entre deux flacons de médicament ayant conduit à l'administration du mauvais médicament
 - Une erreur d'identitovigilance lors de l'aide à la prise interceptée au dernier moment
 - Des vaccins périmés retrouvés dans le réfrigérateur
 - Une rupture de médicament qui n'est plus disponible

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Surdosage suite à une rupture de médicament

Erreur principale : erreur de préparation du pilulier. Préparation de doses de Zopiclone à 7,5 mg/prise au lieu de 3,75 mg/prise

Cause immédiate : défaut de lecture des informations contenues sur le blister de Zopiclone

Facteurs contributifs possibles

Actions et barrières

Equipe

- Défaut de transmission des ruptures de stock entre l'IDE référent du médicament et les autres IDE de l'ESSMS.
- Formaliser des temps et supports de transmission au niveau de l'équipe.

Environnement

- Comprimés de Zopiclone non présentés sous format unitaire permettant une identification de chaque unité (nom, dosage, numéro de lot, date de péremption) jusqu'à l'étape d'administration.
- Préparation des Doses à Administrer par le pharmacien d'officine avec identification complète de chaque unité de médicament jusqu'à la prise.
- Dossier Usager Informatisé ne permettant pas une traçabilité des prises ligne par ligne de médicament.
- Prévoir une évolution du logiciel permettant une traçabilité de l'aide à la prise médicament par médicament, en temps réel.

Institutionnel

- Absence de culture de signalement et d'analyse des situations à risque.
- Prévoir un rappel de la nécessité de déclarer sur le [portail national](#) les situations à risque causées par la rupture de stocks médicaments.
- Analyse collective systématique des erreurs médicamenteuses avérées et des évènements porteurs de risque en lien avec des ruptures de stock.

Organisation et management

- Préparation des piluliers par les IDE de l'ESSMS
- Mise en place d'une convention ESSMS-pharmacie d'officine de proximité, prévoyant : la réalisation de la PDA par la pharmacie d'officine et les modalités d'information des substitutions en cas de tension d'approvisionnement au médecin et à l'IDE référent médicament.

Quiz et test de connaissances

- Parmi les classes médicamenteuses suivantes, lesquelles peuvent constituer un facteur de risque de chute:

- Les antidépresseurs
- Les antipsychotiques
- Les benzodiazépines et somnifères
- Les antihypertenseurs
- Les antalgiques opioïdes
- Les diurétiques



Sources: de Jong *et al.* 2013 & Huang *et al.* 2012

- Selon-vous, que devriez-vous déclarer au sein de votre ESSMS?

- Une confusion entre deux flacons de médicament ayant conduit à l'administration du mauvais médicament
- Une erreur d'identitovigilance lors de l'aide à la prise interceptée au dernier moment
- Des vaccins périmés retrouvés dans le réfrigérateur
- Une rupture de médicament qui n'est plus disponible

Pour aller plus loin

- Etude [CIRUPT \(Conséquences Iatrogènes d'une RUPTure de stock\)](#)
- [Module de formation e-learning ESSMS « Circuit du médicament »](#). OMÉDIT Normandie. MAJ Mars 2024
- [Module de formation e-learning ESSMS « Comment prévenir les erreurs médicamenteuses »](#)
- [Modèle type de convention ESSMS – pharmacie d'officine](#)
- Boîte à outils [« EHPAD »](#) et boîte à outils [« handicap »](#). OMÉDIT Normandie
- Boîte à outils [« Erreurs médicamenteuses »](#). OMÉDIT Normandie