|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Logo de l’établissement* | Vidéo pédagogique ARS/OMEDIT Normandie sur les erreurs médicamenteuses | *Date de création :* |
| Liste des erreurs médicamenteuses mises en scène | *Date de mise à jour :* |

# Objet

Le présent document a pour objectif de vous fournir une grille d’analyse (non exhaustive) des erreurs mises en scène dans la vidéo : « **EHPAD Medoc - Et si on mettait en scène nos erreurs ?** » réalisée par l’ARS et l’OMEDIT Normandie : <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/gestion-des-risques/films-analyse-de-scenario/et-si-on-mettait-en-scene-nos-erreurs,2186,2392.html>

# Contexte

Mme Algo âgée de 85 ans, entrée en EHPAD depuis 5 ans, est sortie hier d’hospitalisation.

Une décision de soins palliatifs en concertation avec les soignants et la famille a été prise avec un choix d’accompagnement en EHPAD. Ce matin, l’activité est relativement calme, avec l’arrivée d’une nouvelle résidente dont les habits sont partis au marquage et l’arrivée des deux filles de Mme Algo.

# Liste des erreurs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Minute** | **Erreur/Organisation défectueuse** | **Commentaire** |
| 00:34 | AS et IDE portent la même tenue |  |
| 00:38 | Absence de procédure dégradée connue en cas d’impossibilité de connexion au dossier informatisé |  |
| 01:32 | Appel du médecin par l’infirmier sans évaluation du résident (transmission d’informations après échanges entre aide-soignant et l’infirmier) |  |
| 01:32 | Plusieurs d’informations échangées simultanément avec le médecin => risque de confusion |  |
| 01:35 | Nouvelle prescription orale sans trace écrite |  |
| 01:45 | Prescription notée sur la main |  |
| 02:54 | Erreur de paramétrage du logiciel d’aide à la prescription.  - Pour l’héparine :   * Dénomination de médicament erronée « Héparine 200 mgr cp 40 (valproate de scopolamine) » * Prescription en mg et non en unités (recommandations)   - Pour Xeloda® erreur dans l’inscription de la voie d’administration « VC » au lieu de « VO » |  |
| 03:18 | Manipulation des médicaments toxiques par une femme enceinte (Xeloda) |  |
| 03:18 | Ecrasement du Xeloda® = médicament ne devant pas être écrasé |  |
| 03:21 | Compote trop volumineuse pour y dissoudre un traitement |  |
| 03:25 | Pas de nettoyage du matériel d’écrasement entre l’écrasement de deux médicaments différents (dont un toxique) |  |
| 03:42 | Plusieurs médicaments différents mélangés dans la même compote (problème de stabilité des poudres) |  |
| 04:20 | Flacon de gouttes (Topalgic) laissé ouvert et date d’ouverture du flacon non notée |  |
| 04:30 | Interruption de tâche de l’IDE, dérangée pendant la préparation |  |
| 04 :33 | Chariot médicaments laissé ouvert |  |
| 04:58 | Pas de friction des mains avec la solution hydro alcoolique par l’infirmier avant d’aller dans la chambre |  |
| 05:10 | Absence de vérification des modalités de prise (précisées sur plan de soins informatisé) pour les traitements de 2 patients atteints de DMLA à la même table (mise en bouche) |  |
| 05:10 | Pas de traçabilité à l’administration |  |
| 05:14 | Chariot et médicaments laissés accessibles et sans surveillance |  |
| 06:15 | Préparation à l’avance du patch de Durogesic (non-respect des bonnes pratiques de préparation : préparer extemporanément) |  |
| 06:20 | Patch de morphine non donné à l’heure prévue |  |
| 06:30 | Pilulier mal identifié, Photo manquante d’une résidente |  |
| 06:58 | Erreur d’identification du résident (se fie à l‘étiquette sur le pull) |  |
| 07:00 | Date de pose non marquée sur le patch et ne pense pas à retirer le dernier patch collé |  |

# Facteurs contributifs

- Arrivée d’un résident sans vêtements identifiés

- Interruptions de tâche : infirmier interrompu par la famille au moment de la préparation des doses à administrer

- Appel d’une infirmière de l’autre secteur : ne connait pas les habitudes du service, ni les résidents

- Non appropriation du dossier de soins informatisé par l’ensemble des IDE

- Aide-soignant laissé seul

- Absence de protocole de soins individuel sur l’adaptation de l’AVK selon les résultats de TP/ INR (prescription orale et retranscription par IDE sur sa main)

- Prescription non adaptée chez un patient en fin de vie

- Absence de vérification de la possibilité d’écraser les comprimés ou d’ouvrir les gélules

# Barrières qui auraient pu éviter cet évènement

- Sensibiliser les professionnels à l’identitovigilance et à l’erreur médicamenteuse : respect de la règle des **5B** (**B**on Patient, **B**on Médicament, **B**on dosage, **B**on moment, **B**onne voie d’administration) – connaître les protocoles mis à jour régulièrement

- N’utiliser qu’un seul support de prescription/administration : le logiciel, qui permet la prescription, l’analyse de la prescription et la validation de l’administration, avec une procédure dégradée en cas d’impossibilité de se connecter au dossier informatisé

- Mettre en place un plan d’action pour lutter contre les interruptions de tâches (mise en œuvre des pratiques de fiabilité) : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf>

- Sécuriser la prescription :

o Prescrire systématiquement les héparines en UI

o Anticiper les adaptations posologiques ou les prescriptions « si besoin » : protocolisation individuelle (ex : AVK, insuline, antalgiques)

- Sécuriser la préparation des stupéfiants (ne pas les laisser sur le chariot, 5B, etc.)

- Limiter le délai entre la réévaluation des traitements per os pour un résident en fin de vie, ayant des problèmes de déglutition, et sa mise en place effective (ex : anticiper les besoins dans le cadre d’une RCP)

- Développer la conciliation de sortie (permettant de réévaluer les prescriptions en sortie d’hospitalisation)

- Encourager la déclaration d’événements indésirables

- Favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante>)