

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Erreur administration médicamenteuse lors de l'étape de décurarisation au bloc opératoire

Louis, 25 ans est hospitalisé en service de chirurgie pour intervention programmée (gynécomastie bilatérale). En fin d'intervention chirurgicale, l'IADE procède à la décurarisation en salle interventionnelle. L'IADE ouvre le chariot d'anesthésie où sont présentes plusieurs spécialités de dosages différents rangées dans des cases contiguës par dénomination commune internationale (DCI).

Le plan de rangement des médicaments dans ces chariots n'est pas formalisé entre les salles, l'IADE hésite lors de cette étape de décurarisation en fin d'intervention. Elle finit par prendre une ampoule d'adrénaline au lieu d'une ampoule de néostigmine (décurarisant) - ampoules stockées à proximité. Elle s'aperçoit de son erreur dès les premiers signes cliniques. Louis est maintenu sous anesthésie générale le temps de sa récupération cardiaque. Un transfert éveillé a été effectué vers un service de réanimation pour réaliser une échographie cardiaque et une surveillance spécialisée sur 24H. L'IADE retourne au chariot et se rend compte d'un autocollant décollé tombé dans la case adrénaline (logo « médicament à risque ») mais n'a pas eu de sensibilisation sur ces médicaments : « Tout est à risque au bloc ! Et nous ne sommes jamais associés aux analyses liées aux erreurs déclarées »

Contexte et généralités

Les erreurs médicamenteuses en anesthésie-réanimation (EM -AR) peuvent être graves et sont souvent évitables.

Les erreurs d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire font partie des never events.



Erreur principale : erreur de sélection de l'ampoule

Cause immédiate : Défaut de lecture de l'étiquette figurant sur l'ampoule

Causes profondes et barrières de sécurité proposées

Tâches à accomplir

Protocole lié au stockage des drogues d'urgence dans les chariots d'anesthésie méconnu ou non adapté

Revoir le protocole concernant les modalités de stockage : 1 case = 1 DCI
Harmonisation des chariots d'anesthésie entre les salles d'intervention

Environnement de travail

Equipement inadapté : mauvaise identification des médicaments à risque, étiquette décollée et retrouvée au fond de la case

Revoir les modalités de stockage des injectables et médicaments à risque
Permettre une meilleure sécurisation du stockage des injectables dans le chariot – Vigilance sur présentations similaires (système de séparation adapté)
Permettre l'identification des médicaments à risque (ex : affichage de la liste sur le charriot de soin + pastille rouge ou logo sur étiquette d'identification de la molécule, dosage)

Organisation et au management

Politique de formation continue insuffisante : Absence de sensibilisation régulière sur les never events, les médicaments à risque et mesures barrières associées

Prévoir une sensibilisation sur la mise à jour régulière de la liste des médicaments à risque et des mesures barrières de gestion des risques associés (spécifique du pôle/service)
Rappeler les bonnes pratiques de préparation des injectables : lecture attentive des ampoules avant l'administration (double contrôle)

Institutionnel

Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances...), d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables

Prévoir un rappel du signalement des erreurs et risques de vraisemblance auprès de l'ANSM
Prévoir le retour vers les équipes des analyses d'erreurs médicamenteuses et actions correctives identifiées

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Quiz

Qu'est-ce qu'un never events ?

Les Never Events sont des événements évitables qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Ces erreurs ont été identifiées par le Ministère de la Santé et l'ANSM comme des événements qui ne devraient jamais arriver.

Citez au moins 3 autres never events, sachant que la liste des évènements "qui ne devraient jamais arriver" a été mise à jour suite à la publication de la note d'information du 23 mai 2024

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque, *notamment lorsqu'ils nécessitent des calculs de doses ou de concentration ;*
- Erreur de voie d'administration :
 - Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
 - Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale *ou sous-cutanée* (hors oncologie)
- Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire, *notamment :*
 - *Erreurs de confusion éphédrine/épinéphrine,*
 - *Erreur lors de l'utilisation de la kétamine/eskétamine (erreur de dosage, de concentration ou confusion entre les spécialités de ces 2 substances),*
 - *Erreur d'administration des curares (erreur de médicament).*
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...) *notamment lors de l'utilisation des morphiniques, de l'insuline et de médicaments ayant une action sédatrice (opioïdes, benzodiazépine...)* ;
- *Surdosage en lidocaïne par voie intraveineuse ;*
- *Erreur lors de l'utilisation de colchicine liée au non-respect des schémas posologiques et/ou des contre-indications dont les interactions, ou en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ;*
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie
- *Erreur d'utilisation de la méthadone :*
 - *liée à un surdosage, notamment pendant la période d'initiation du traitement, lors de l'augmentation de dose et lors de la reprise du traitement après une période d'arrêt ou chez un patient naïf,*
 - *liée à la non-prise en compte des contre-indications et des interactions médicamenteuses.*
- *Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD).*

NB : Sont indiquées en italique les modifications apportées en mai 2024

Pour aller plus loin

- Note d'information DGOS/RI2/2024/75 du 23 mai 2024 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et le site de [l'ANSM](#)
- [Circulaire DGOS du 14 février 2012](#) sur la prévention d'évènements "qui ne devraient jamais arriver"
- Boîte à outils « [Never events](#) » et « [Bloc opératoire](#) » de l'OMÉDIT de Normandie