

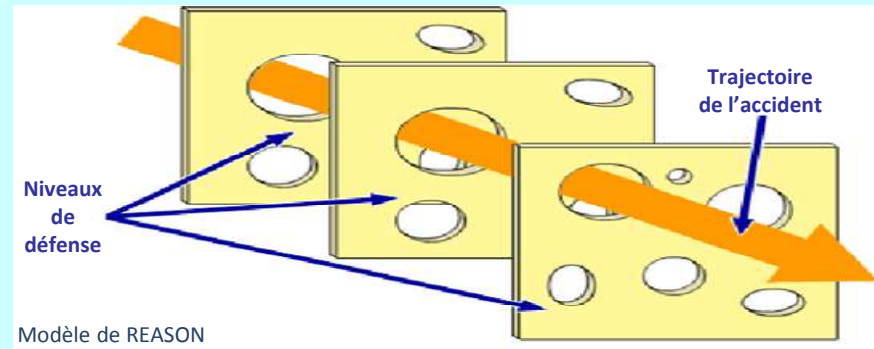
## INTRODUCTION

- ✓ Mise en place d'un CREX axé sur l'analyse des erreurs médicamenteuses (EM) depuis décembre 2014
- ✓ Déclaration d'un événement indésirable (EI) dans un service de médecine : **erreur d'administration d'un médicament**  
 ⇒ Réunion d'un groupe de travail pluridisciplinaire en janvier 2015 : analyse des causes de l'EM pour en tirer des actions correctives adéquates

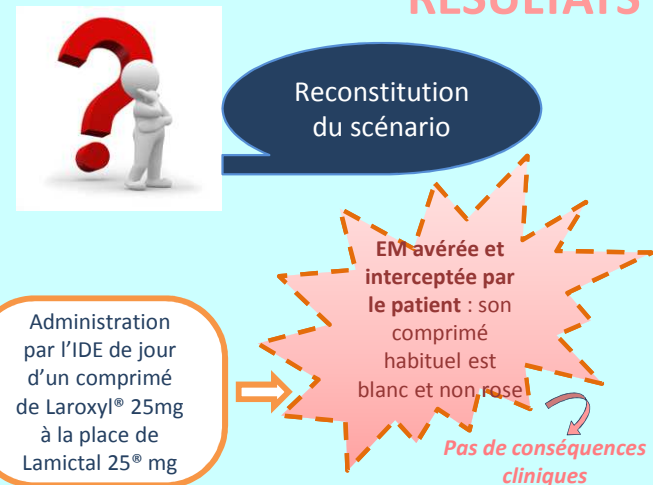
## MATERIEL & METHODE

- ✓ **Méthode REMED :**
  1. Collecte des données
  2. Reconstitution du scénario
  3. Identification des écarts par rapport à la pratique
  4. Recherche des facteurs contributifs et influents
  5. Propositions d'actions correctives
  6. Rédaction du rapport d'analyse et communication sur le REX établi auprès des autres services de soins

Mauvais rangement dans l'armoire de médicaments : Laroxyl® 25mg et Lamictal® 25mg au même emplacement (hors dotation)	Erreur de préparation du pilulier par l'IDE de nuit : prélève Laroxyl® (amitriptyline) 25mg au lieu de Lamictal® (lamotrigine) 25mg et découpe le blister donc perte des informations sur le nom et dosage du Laroxyl® (reste « 25mg »)	Non vérification de la composition du pilulier par l'IDE de jour (impossible d'identifier le comprimé)
---	---	--



## RESULTATS



### PLANNING DE REALISATION EVOLUTIF

**Facteurs contributifs**

**Actions correctives**

**Ecart 1 :**  
**Erreur de rangement des médicaments provisoirement détenus dans l'armoire à pharmacie**

- Non-retour automatique des spécialités hors-dotation provisoirement dispensées par la pharmacie
- Stockage non adapté

- Rappel des règles de gestion des médicaments pour les IDE
- Réflexion sur la présence régulière d'un PPH dans l'unité de soins

**Ecart 2 :**  
**Blister découpé non identifiable**

Absence de conditionnement unitaire disponible pour les 2 spécialités concernées

Mise en place d'un sur-étiquetage des blisters à l'aide d'étiquettes collables adaptées et modélisées par le logiciel Eticonform®

**ACTION PRIORITAIRE**

**Ecart 3 :**  
**Double contrôle des piluliers non effectué**

- Excès de confiance de l'IDE de jour dans la composition des piluliers préparés par l'IDE de nuit
- Culture qualité – risques insuffisante pour les 2 IDE

Re-sensibilisation par le cadre de santé du service à l'importance du contrôle final de l'IDE avant l'administration

## DISCUSSION – CONCLUSION

- ✓ L'analyse de cet EI en groupe de travail comportant le cadre de santé, un médecin, une infirmière, le pharmacien référent du service et le pharmacien responsable qualité (RSMQ-PCMP), a permis d'identifier les causes de survenue de cette EM.
- ✓ Les actions sont mises en place et pilotées dans le cadre du CREX par le RSMQ-PCMP.
- ✓ Le sur-étiquetage réalisé grâce au logiciel Eticonform® est en phase de test et fera l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour mesurer l'impact de cette action sur la prévention des erreurs d'administration.
- ✓ L'harmonisation des pratiques de stockage et de détention des médicaments provisoirement détenus dans l'armoire à pharmacie est en projet en collaboration avec les différents services.