

### - **Never Event dispositifs d'administration : synthèse des mesures barrières existantes** -

#### CONTEXTE ET ETAT DES LIEUX

En 2012, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a inscrit les « erreurs de programmation des dispositifs d'administration » sur la liste des douze événements qui ne devraient jamais arriver (1). En effet, les erreurs médicamenteuses liées à l'utilisation des pompes à perfusion et des pousse-seringues électriques (PSE) sont courantes et mondialement reconnues. Au Canada, sur 425 incidents liés à des pompes à perfusion, 23 ont entraîné la mort de patients et 135 un préjudice (2). Lors de l'étude Omédit Bretagne en 2012, 15 erreurs médicamenteuses liées à l'utilisation de PSE ou de pompes à perfusion ont été recensées (15/230)(3). Elles concernaient plus particulièrement les étapes de préparation et d'administration, c'est pour cela que le périmètre étudié dans le travail suivant s'étend de la préparation des médicaments injectables à leur administration à l'aide de pompes à perfusion ou de PSE.

#### MESURES BARRIERES PRECONISEES

Les mesures barrières qui suivent sont issues d'une revue de la littérature et de retours d'expérience de divers établissements de santé. Elles ont été validées par le groupe de travail « Never Event Dispositifs d'administration ». Elles ne sont pas adaptables à toutes les organisations. Il est nécessaire de rappeler que l'analyse des causes d'une défaillance potentielle est une étape préliminaire et essentielle pour établir les mesures barrières adéquates. Les documents ayant un astérisque « \* » sont disponibles sur le site internet de l'OMÉDIT Bretagne.

##### → Au niveau de l'ensemble du processus :

- **Réaliser un état des lieux du circuit des dispositifs d'administration (pompe à perfusion et PSE) dans votre établissement.** Une **grille d'autoévaluation\*** est proposée. Elle se présente sous la forme d'un audit et permet d'identifier rapidement les situations à risque nécessitant la mise en place de mesures barrières ;
- **Renforcer la communication entre les équipes médicale, pharmaceutique et paramédicale** en évaluant la culture de la sécurité à l'aide de l'étude CLARTE ou autres outils dédiés ;

##### → Au niveau du référencement des seringues électriques et des pompes à perfusion :

- **Recourir à une liste comportant les critères de choix optimaux** pour le référencement des dispositifs (2) ;
- **Minimiser le nombre de modèles de dispositifs**, avec un minimum de 2 modèles différents par dispositifs (4,5) ;
- **Uniformiser les modèles de dispositifs au sein d'un service et/ou au sein d'un même pôle** (1 service = 1 modèle) ;
- **Privilégier le référencement de pompes et PSE intelligents dits « smart pumps »** (5).

##### → Au niveau du stockage des médicaments et du matériel pour les dispositifs dans les unités de soins :

- **Ranger les consommables des pompes à perfusion et des PSE dans des emplacements adaptés et identifiés.** Le nom des dispositifs peut être indiqué sur l'emplacement ou sur l'étiquette dans le libellé du consommable ;
- **Organiser les espaces de rangement des médicaments** de manière à respecter les conditions suivantes : le bon médicament, la bonne forme galénique, la bonne dose, la bonne concentration, au bon emplacement et dans de bonnes conditions de conservation (5). Pour les médicaments à consonance similaires, la « TALLMall Lettering » peut être appliquée ;
- **Avoir des systèmes de rangement standardisés et harmonisés entre les postes de travail ;**

##### → Au niveau de la prescription dans les unités de soins :

- **Prescrire à l'aide de « protocoles thérapeutiques médicamenteux standardisés »** pour l'administration des médicaments via des pompes ou des PSE. Ces protocoles sont paramétrés dans le logiciel de prescription et formalisés dans un document facilement accessible à tous. Les mentions suivantes seront précisées dans le protocole : la dénomination commune du médicament, la dose totale à administrer, le diluant, la durée d'administration et le dispositif d'administration (4,5) ;
- **Abandonner la prescription d'unités fractionnées** (chiffre à virgule) afin d'éviter une mauvaise interprétation ou une mauvaise localisation de la décimale lors de l'entrée des paramètres (débit par exemple)(hors néonatalogie et pédiatrie) (2,6) ;

##### → Au niveau de la préparation du médicament :

- **Uniformiser les modalités de reconstitution des médicaments.** Un document regroupant les informations nécessaires à la préparation des médicaments injectables au sein des unités de soins peut être mis en place (5,7).
- **Standardiser les concentrations des préparations injectables** au sein de l'établissement, dans la mesure du possible ;
- **Standardiser l'étiquetage des seringues**, tout en conservant la lisibilité de leur graduation. Un **modèle d'étiquettes pré-imprimées\*** est proposé (format 3.5x7cm). Le code internationale des couleurs peut être utilisées (7-9) : « chaque médicament doit être reconstituées et étiquetées au cours d'une seule séquence de geste par la même personne, sans interruption ni changement de lieu ».
- **Recourir à des préparations en seringues préremplies commercialisées ou préparées par la PUI**, pour les préparations les plus courantes (5) ;

- **Mettre en place une double vérification systématique de la préparation** par une deuxième IDE. Au minimum un auto-contrôle à voix haute est réalisé lorsque les conditions de travail ne permettent pas la mobilisation de deux infirmières.

→ **Au niveau de l'administration/ programmation:**

- **Vérifier systématiquement :**
  - **Le bon état général du dispositif avant utilisation ;**
  - **Le montage correcte des lignes de perfusion** vis-à-vis de l'appareil et du patient. Peuvent être utilisées : des étiquettes\* à apposer sur les voies d'administration ou encore des détrompeurs (par ex : robinets ou cathéters de couleur) (7) ;
- **Mettre en place une double vérification systématique de la programmation et du montage:**
  - **Au moment de l'administration**
  - **Lors de chaque changement d'équipe**

Au minimum, un auto-contrôle à voix haute est réalisé lorsque les conditions de travail ne permettent pas la mobilisation de deux infirmières.
- **Traçer l'administration et le nom de la personne ayant réalisé le double contrôle**, en temps réel, **dans le dossier du patient ;**
- **Réaliser une décontamination des dispositifs après utilisation ;**

→ **Au niveau de la gestion documentaire :**

- **Avoir accès aux notices d'utilisation des dispositifs.** Un **glossaire des principaux dispositifs d'administration\*** (pompe à perfusion et pousse seringue électrique) utilisés sur la région Bretagne est proposée. Ce document permet via des liens hypertexte un accès facile et rapide aux notices d'utilisation complètes et simplifiées des dispositifs. Les fiches synthèse peuvent être accrochées par une chaînette à chaque dispositif.
- **Avoir accès aux protocoles d'administration, aux protocoles de dilution/reconstitution des spécialités injectables et aux protocoles d'hygiène** (5).

→ **Au niveau de la maintenance :**

- **Avoir un programme actif de maintenance préventive.** Des vignettes peuvent être apposées sur les dispositifs pour rappeler la date de la prochaine maintenance du dispositif. Les unités de soins peuvent également être alertées des maintenances à réaliser via les systèmes GMAO du service biomédical ;

→ **Au niveau de la formation-sensibilisation:**

- **Sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses liées aux dispositifs d'administration et proposer des outils pour mieux les connaître.** Un e-Learning\* « Prévenir les erreurs lors de la préparation et l'administration d'un médicament en seringue électrique » est proposé.
- **Former et évaluer les connaissances des professionnels.** Certains fournisseurs proposent des formations en ligne gratuites spécifiques de leur matériel.

## CRITERE

La mise en place de mesures barrières pour prévenir les évènements qui ne devraient jamais arriver est un critère dans le rapport d'étape du contrat de bon usage.

### BIBLIOGRAPHIE :

1. DGOS. Circulaire N°DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
2. Institute for Safe Medication Practices. Médicaments de niveau d'alerte élevé et pompes à perfusion : des précautions supplémentaires sont requises. Bull ISMP Can. 2004;4(4):1-2.
3. OMÉDIT Bretagne. Restitution de 230 erreurs médicamenteuses. 2013.
4. NHS. Policy for the management of infusions with pumps. Juillet 2005. [http://www.porthosp.nhs.uk/Downloads/Policies-And-Guidelines/Clinical-Policies/Infusions\\_with\\_pumps\\_mangement.doc](http://www.porthosp.nhs.uk/Downloads/Policies-And-Guidelines/Clinical-Policies/Infusions_with_pumps_mangement.doc), consulté le 26 janvier 2015;
5. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Mai 2013.
6. AFSSAPS. Précautions d'emploi et recommandations d'utilisation concernant les pompes à perfusion et les pousse-seringues en pédiatrie et en néonatalogie. Décembre 2009.
7. Garnerin P *et al.* Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie. Recommandations. Ann Fr Anesth Réanimation. 2007 Mar;26(3):270-3
8. Levrat Q *et al.* Enquête nationale sur le marquage des seringues d'anesthésie en France. Ann Fr Anesth Réanimation. 2008 mai;27(5):384-9.
9. SFAR. Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie. Recommandations de la SFAR. Novembre. 2006. [http://www.sfar.org/\\_docs/articles/preverreurmedic\\_recos.pdf](http://www.sfar.org/_docs/articles/preverreurmedic_recos.pdf), consulté le 4 mars 2015.