

*EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX
SOINS :*

**ANALYSE DES DECLARATIONS CONCERNANT
LES EVENEMENTS INDESIRABLES
MEDICAMENTEUX ET LIES AUX DISPOSITIFS
MEDICAUX**

PERIODE : 2021 A 2024

SECTEUR : ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Région Ile-de-France

Version avril 2026

Ce document propose une analyse des déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec la prise en charge des produits de santé des patients des établissements sanitaires en région Ile-de-France (IDF). Ces déclarations ont été recueillies par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDF) sur la période 2021-2024.

Des propositions de recommandations complètent la description des évènements indésirables constatés et les mesures barrière mises en place par les établissements sanitaires, afin que ces évènements indésirables médicamenteux (EIM) ou associé aux dispositifs médicaux (EIDM) ne se reproduisent plus.

Un grand nombre de ressources (fiches pratiques, documents-types, procédures-type) citées dans ce document sont disponibles sur la boîte à outil « [never events](#) » ou hébergées sur le [site de l'OMEDIT Île-de-France](#).

La HAS a publié en septembre 2025 un rapport d'analyse des « [évènements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) survenus lors de la prescription médicamenteuse](#) », sur 213 EIGS déclarés dans le cadre du dispositif national entre le 1er mars 2017 et le 31 décembre 2023.

S O M M A I R E

I.	Source des données et méthode d'analyse.....	3
II.	Le constat	3
III.	L'analyse des EIGS en lien avec les never events.....	7
1.	Chlorure de potassium injectable (n=3).....	7
2.	Gaz à usage médical (n=1).....	7
3.	Insuline (n=6).....	8
4.	Médicaments anticoagulants (n=6).....	8
5.	Méthadone (n=1)	9
6.	Préparation de spécialités injectables (n=7)	9
7.	Programmation des dispositifs d'administration (n=12).....	10
8.	Spécialité utilisée en anesthésie ou en réanimation (bloc opératoire) (n=16).....	11
9.	Erreur de voie d'administration : administration intraveineuse (IV) au lieu de per os (n=4)	12
10.	Boîte à outils transversales sur les never events	13
IV.	L'analyse des EIGS ne relevant pas d'un never events....	14
1.	Utilisation d'une voie d'administration inadéquate autre que IV au lieu de per os (n=4).....	14
2.	Erreurs liées au système d'information (SI) (n=15).....	14
3.	Identitovigilance (n=9)	15
4.	Confusion (n=5)	16
5.	EI lié à un dispositif médical (n=3).....	17
6.	Divers (n=12)	17
V.	Mesures barrières et outils	19
1.	Patients, médicaments ou situations à risque	19
2.	Focus spécifiques.....	20
a.	Dotation des services	20
b.	Médicaments à risques	21
c.	Circuit du médicament	21
d.	Dispositifs médicaux.....	21
e.	Règle des 12B	22
f.	Médicaments avec des similitudes « Look-Alike / Sound-Alike » ou « LASA »	22
VI.	Conclusion	24
	Annexes :	26

I. Source des données et méthode d'analyse

L'analyse a porté sur les données recueillies dans les déclarations d'évènements indésirables associés aux soins (EIGS) reçues par l'ARS IDF de 2021 à 2024.

Chaque déclaration a été lue en intégralité, puis catégorisée par des pharmaciens et médecins de l'OMEDIT IDF. Dans un premier temps, les déclarations ont été classées selon leur appartenance à la catégorie des **never events**.

Un never events est **un incident grave** généralement lié à des erreurs humaines et/ou pratiques, qui ne devrait jamais se produire.

Ils concernent souvent des dispositifs médicaux ou des médicaments à marge thérapeutique étroite pour lesquels la différence entre la dose efficace et la dose toxique est minimale.

Ces événements sont le plus souvent **évitables** et font l'objet de recommandations spécifiques à destination des professionnels de santé afin de mettre en place des mesures de protection adéquates.

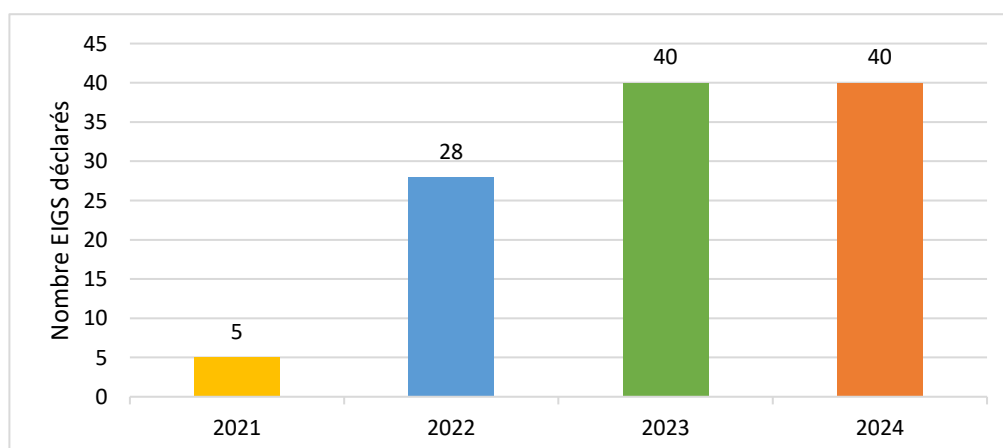
Dans un second temps, les déclarations restantes, qui ne s'intégraient pas dans la catégorie des never events, ont été classées selon l'erreur principale ayant conduit à l'évènement. L'étape du circuit du médicament à laquelle l'EIGS a eu lieu a également été reportée.

L'analyse de l'ensemble des déclarations a permis d'identifier le(s) médicament(s), dispositif(s) médical(ux) ou la(es) classe(s) médicamenteuse(s) les plus fréquemment rencontrés.

Enfin, des outils et des recommandations ont été recherchés pour chaque thématique.

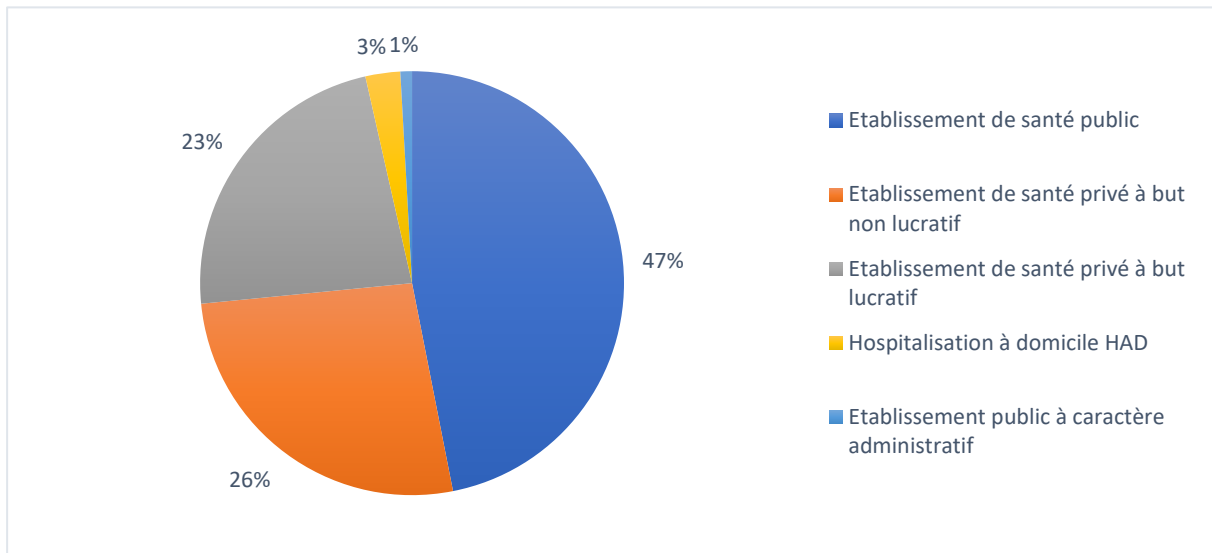
II. Le constat

Un total de **113 EIGS** en lien avec la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux (DM) ont été déclarés de 2021 à 2024.



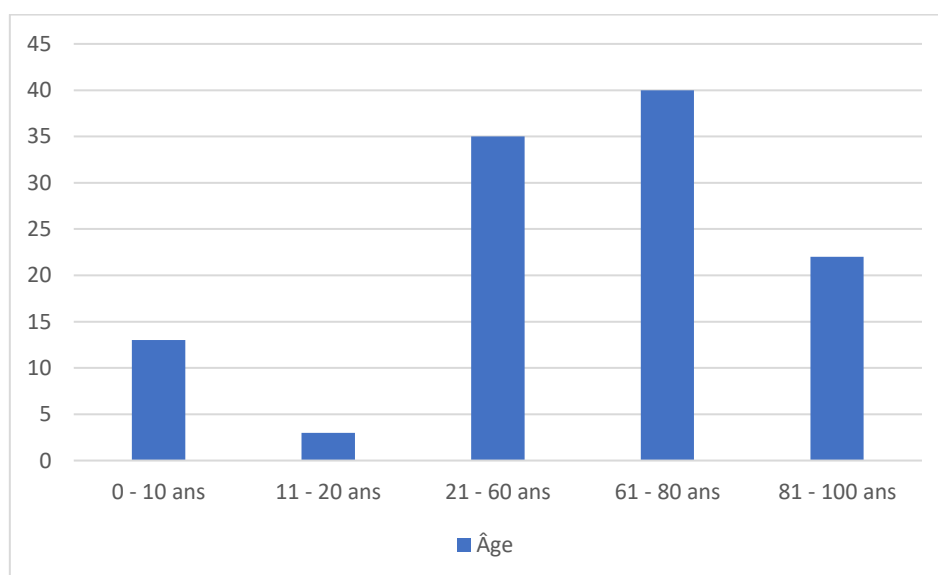
Répartition des déclarations par typologie d'établissements :

- 53 établissements de santé public
- 26 établissements de santé privé à but non lucratif
- 30 établissements de santé privé à but lucratif
- 3 en hospitalisation à domicile
- 1 établissement public à caractère administratif.



Répartition par typologie de patients :

Les déclarations impliquent des hommes dans 62 cas, des femmes dans 46 cas et 5 ne sont pas précisés. On remarque que les EIGS surviennent principalement sur les patients âgés de plus de 60 ans, déjà vulnérables :



Sur les 113 EIGS déclarés, **9 EIGS** ont été exclu car ils n'étaient pas directement liés aux produits de santé.

- Cinq évènements indésirables graves ne sont pas des EIGS et concernent pour la plupart des allergies non connues ou des actes malveillants.
- Un EIGS concerne l'apparition d'un syndrome infectieux post chimiothérapie.
- Un EIGS résulte d'une complication post-chirurgicale.
- Un EIGS résulte d'un retard de prise en charge dû à la prescription d'un médicament en rupture en ville.
- Un EIGS concerne un défaut d'identitovigilance au laboratoire d'analyses médicales ayant entraîné la réalisation d'un examen non nécessaire.

Sur les 104 EIGS restants, **56 EIGS** sont liés à un never events. Parmi les 16 never events identifiés par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et produits de santé (ANSM), on retrouve dans les déclarations les never events suivants :

Never Events	Description
Chlorure de Potassium injectable (n=3)	Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
Gaz à usage médical (n=1)	Erreur d'administration de gaz à usage médical
Insuline (n=6)	Erreur d'administration d'insuline
Médicaments anticoagulants (n=6)	Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
Méthadone (n=1)	Erreur d'utilisation de la méthadone
Préparation de spécialités injectables (n=7)	Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation sont à risque, notamment lorsqu'ils nécessitent des calculs de doses ou de concentration
Programmation des dispositifs d'administration (n=12)	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...)
Spécialité utilisée en anesthésie-réanimation –bloc opératoire– (n=16)	Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie ou en réanimation au bloc opératoire
Voie d'administration IV – per os (n=4)	Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale

Les **48 EIGS** restants, n'étant pas en lien avec les never events, ont été classés selon les catégories suivantes :

Catégorie	Description
Voie d'administration autre que IV – per os (n=4)	Erreur de voie d'administration autre qu'une injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
Système d'information (SI) (n=15)	Erreur dans l'utilisation du système d'information
Identitovigilance (n=9)	Erreur dans la vérification de l'identité d'un patient
Confusion (n=5)	Erreur entre deux spécialités ou entre deux dosages d'une même spécialité
EIGS liés aux DM (n=3)	Erreur dans l'utilisation d'un dispositif médical (DM)
Divers (n=12)	Tous les autres EIGS ne rentrant pas dans les catégories précédentes.

III. L'analyse des EIGS en lien avec les never events

1. Chlorure de potassium injectable (n=3)

Un EIGS est lié au **non-respect de la prescription** de potassium : préparation de 15 g au lieu des 15 ml prescrit.

Un EIGS est lié à une **erreur d'étiquetage** et un **manque de communication** entre professionnel : absence de mention du débit sur l'étiquette d'une poche d'hydratation contenant du KCl et absence de communication lors du transfert du patient pour un examen d'imagerie, le potassium est passé en débit libre.

Un EIGS est lié à la **confusion entre deux dosages d'une même spécialité** d'une poche de dialyse, conduisant à un surdosage en potassium.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination

3

Boîte à outils – Chlorure de potassium injectable

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Nouvelle Aquitaine – Guadeloupe - Guyane \(2024\) – Les risques d'erreurs lors de l'administration](#)

Formation en ligne

- [OMEDIT Centre Val de Loire \(2024\) – Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux injections de potassium](#)

Page internet

- [OMEDIT IDF \(2024\) – KCl par voie IV : rappel des règles de bon usage](#)

2. Gaz à usage médical (n=1)

Un EIGS est lié à une **confusion entre 2 spécialités** avec une **ressemblance** (« Look-alike ») : entre une bouteille d'oxygène et une bouteille de MEOPA, stockée dans la même pièce.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination

1

Boîte à outils – Gaz à usage médical

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Bretagne \(2016\) – Plaquette info à destination des professionnels de santé](#)
- [ANSM \(2023\) : Affiche différence MEOPA et Oxygène](#)

Formation en ligne

- [OMEDIT Bretagne \(2016\) : Prévenir les risques liés à l'utilisation des bouteilles de gaz à usage médical](#)

3. Insuline (n=6)

Trois EIGS ont provoqué un **surdosage en insuline** dû à l'administration du flacon entier d'insuline 100 UI/ml de 10ml (soit 1000 UI) au lieu de 10 UI (0,1 ml) pour les protocoles d'hyperkaliémie :

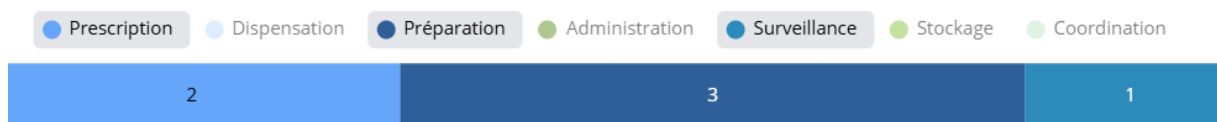
- Deux **non-respects de la prescription et méconnaissance du protocole**.
- Une **erreur de prescription et de préparation** : prescription de 115 UI d'insuline (au lieu de 15 UI) ayant conduit à la préparation de 1000 UI d'insuline, dans une poche de G5% à la place d'une poche de G10%.

Un EIGS est lié à la **mauvaise utilisation d'un dispositif médical** : lecteur de glycémie étranger sur lequel la glycémie est exprimée en mmol/l et non en mg/dl comme les lecteurs français. Interprétation d'une hyperglycémie, alors qu'il s'agissait d'une hypoglycémie, et injection d'insuline causant une hypoglycémie profonde.

Un EIGS est lié à une **erreur de prescription** : administration d'insuline, qui avait été arrêtée en ambulatoire, reprise en hospitalisation et absence de prescription du protocole de surveillance.

Un EIGS est lié au **non-respect de la prescription** : administration d'un nombre d'UI d'insuline supérieur à ce qui était prescrit.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Insuline

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Bretagne \(2015\) – Never Event Insuline : Synthèse des mesures barrières existantes](#)
- [Pharmacie Inter hospitalière de la Côte \(2022\) : Protocole-hyperkaliemie.pdf](#)

Formation en ligne

- [OMEDIT Centre Val de Loire \(2023\) : Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux insulines](#)

Vidéos/Films

- [OMEDIT Bretagne \(2015\) : bon usage des stylos à insuline dans les établissements de soins](#)

4. Médicaments anticoagulants (n=6)

Trois EIGS sont dû à un **doublon d'administration** :

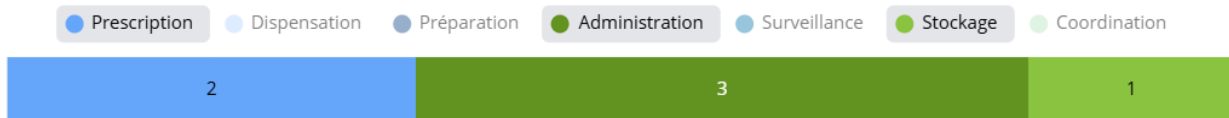
- Un **doublon de prescription** : administration de l'anticoagulation préventive et curative.
- Deux **défauts d'identitovigilance** : administration à deux patients du traitement anticoagulant d'un autre patient, l'un d'eux ayant déjà reçu son propre anticoagulant.

Un EIGS est lié à une **contre-indication** : maintien de l'anticoagulation malgré le diagnostic d'œsophagite ulcéreuse lié à un **manque de communication** entre les services.

Un EIGS est lié à un **problème de stockage** (antidote) : absence de protamine dans un service de dialyse, nécessaire à la gestion d'un surdosage en héparine survenu suite à un dysfonctionnement du générateur de dialyse.

Un EIGS est lié à la **confusion entre 2 spécialités** : administration d'un anticoagulant à la place d'un antispasmodique.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Médicaments anticoagulants

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Bretagne \(2017\) – Never Event anticoagulant : Synthèse des mesures barrières existantes](#)
- [OMEDIT IDF \(2021\) – Fiches antithrombotiques](#)

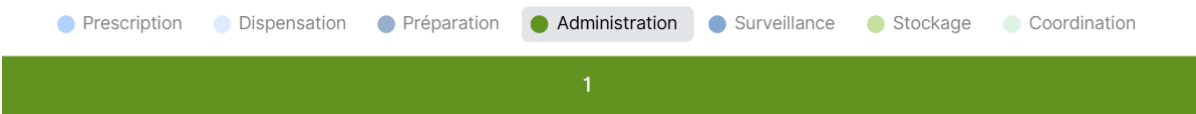
Formations en ligne

- [OMEDIT Centre Val de Loire \(2019\) – Prévenir les erreurs liées aux médicaments antivitamines K](#)
- [OMEDIT Centre Val de Loire \(2019\) – Prévenir les erreurs liées aux médicaments Anticoagulants Oraux Directs](#)
- [Centre d'Addictovigilance de Marseille \(2024\) : méthadone, pourquoi sécuriser son usage ?](#)

5. Méthadone (n=1)

Un EIGS est dû à une **confusion entre 2 dosages** d'une même spécialité de méthadone, entraînant un surdosage.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Méthadone

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Nouvelle Aquitaine – Guadeloupe – Guyane \(2023\) : prévenir les risques liés à la méthadone en psychiatrie](#)
- [Centre d'Addictovigilance de Marseille \(2024\) : méthadone, pourquoi sécuriser son usage ?](#)

6. Préparation de spécialités injectables (n=7)

Un EIGS est lié au **non-respect de la prescription** : erreur de posologie causant un surdosage médicamenteux de kétamine.

Trois EIGS sont liés à la **confusion entre deux spécialités** :

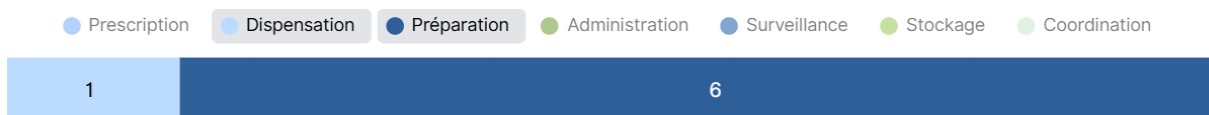
- Deux **consonances (« Sound-alike »)** : N-acétylcystéine et acide acétylsalicylique, erreur lors de la dispensation et de la préparation ; amphotéricine B liposomale et fungizone IV (amphotéricine B), erreur de préparation
- Une **ressemblance (« Look-alike »)** : entre deux poches de solutés (NaCl 0,9% et G5%) lors de la préparation de chimiothérapie.

Un EIGS est lié à une **confusion entre deux dosages d'une même spécialité** de morphine lors de la préparation, causant un surdosage.

Un EIGS est dû à une **erreur de dilution** lors de la préparation d'une seringue sous-cutanée de morphine, causant un surdosage.

Un EIGS est lié au **non-respect du protocole de la préparation** : absence de mélange des 2 compartiments d'une nutrition parentérale.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Préparation de spécialités injectables

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2022\) : mémo « Calcul de doses : l'essentiel »](#)

Formations en ligne

- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2018\) : calculs de dose de formes injectables : les fondamentaux](#)
- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2021\) : calculs de dose de formes injectables : approfondissements](#)

7. Programmation des dispositifs d'administration (n = 12)

Neufs EIGS sont liés à la **mauvaise utilisation d'un dispositif médical d'administration** : programmation d'un débit trop élevé de morphine, d'opioïdes ou de midazolam.

- Trois concernent un PSE (Pousse-Seringue Electrique).
- Cinq concernent une PCA (ou Patient Controlled Analgesia).
- Un concerne l'utilisation inappropriée d'un diffuseur avec absence de contrôle du débit lors d'un transfert.

Un EIGS est lié au **non-respect de la prescription** : prescription de midazolam en continu et programmation de l'administration discontinue de plusieurs doses de midazolam, conduisant à un surdosage.

Un EIGS résulte d'une **prescription inadaptée** : le débit prescrit étant trop faible pour être réalisable sur le dispositif médical d'administration (0,3 ml/h), la programmation du dispositif était erronée, conduisant à un surdosage.

Un EIGS concerne une **réaction à l'injection** (syndrome de Redman) causé par une administration trop rapide de vancomycine.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination



Boîte à outils - Programmation des dispositifs d'administration

Fiches pratiques et recommandations

- [Euro-pharmat \(2015\) : Fiche Bon Usage - Abord Parentéral - DM associés aux pousse-seringues électriques](#)
- [Euro-pharmat \(2015\) : Fiche Bon Usage - Abord Parentéral – Le perfuseur par gravité](#)
- [OMEDIT Grand-Est \(2019\) : Vigilance concernant l'utilisation des dispositifs d'administration :](#)

Audit/auto-évaluation

- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2025\) : Formation en ligne - Bonnes Pratiques de perfusion par pompe PCA \(Analgésie Contrôlée par le Patient\)](#)
- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2023\) : Formation en ligne - module " La précision du débit de perfusion"](#)
- [OMEDIT Bretagne \(2015\) : Grille d'auto-évaluation du circuit des dispositifs d'administration \(pompes et pousse-seringues électriques\) en établissements de soins](#)

Vidéos/Films

- [CHU Rouen et OMEDIT Normandie \(2020\) : Vidéo pédagogique sur l'administration de morphiniques en PCA – « Des morphiniques pour Chantal Gique - Version avec erreurs »](#)
- [CHU Rouen et OMEDIT Normandie \(2020\) : Vidéo pédagogique sur l'administration de morphiniques en PCA – « Des morphiniques pour Chantal Gique - Version corrigée »](#)

8. Spécialité utilisée en anesthésie ou en réanimation (bloc opératoire) (n=16)

Huit EIGS sont liés à une **confusion entre 2 spécialités** :

- Deux **ressemblances** (« Look-alike ») (acide tranexamique vs adrénaline, acide tranexamique vs noradrénaline).
- Une **consonance** (« Sound-alike ») (atosiban et atracurium).
- Deux **erreurs d'étiquetage**, dont l'une dû à une **interruption de tâche** lors de la préparation (curare et xylocaïne).
- Trois **non-vérification de la spécialités prise** : curare au lieu d'un antispasmodique, adrénaline au lieu d'un antihypertenseur, adrénaline au lieu de morphine.

Trois EIGS sont liés à une **confusion entre 2 dosages** d'une même spécialité, les 2 dosages étant présent simultanément dans le service : adrénaline, ropivacaïne et morphine.

Un EIGS résulte d'une **erreur d'administration** : passage d'adrénaline à un débit et un dosage erroné à partir d'une prescription orale.

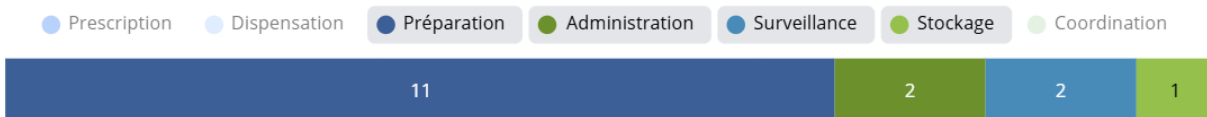
Un EIGS résulte d'une **erreur de dilution** de la noradrénaline.

Un EIGS est lié à une **mauvaise connaissance du protocole** d'une anesthésie (Sédation IV à Objectif de Concentration) SIVOC conduisant à un surdosage en morphinique.

Un EIGS est lié à l'utilisation d'une **voie d'administration inadaptée** : passage de noradrénaline en VVP (initialement babyNAD mais la concentration a dû être augmentée) au lieu d'une voie centrale ayant conduit à une nécrose tissulaire.

Un EIGS est provoqué par un **défaut de surveillance** : défaut de réglage du monitoring de la profondeur de l'anesthésie, l'alarme ne s'est pas déclenchée lors de la déconnexion de la perfusion de propofol et absence de vérification humaine.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Spécialités d'anesthésie ou bloc opératoire

Fiches pratiques et recommandations

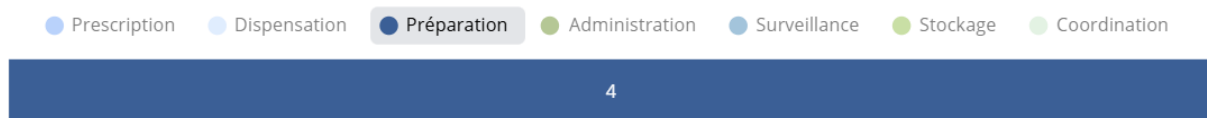
- [ANSM \(2023\) : Etiquetage des ampoules et autres petits conditionnements de solutions injectables de médicaments : actualisation de la recommandation pour limiter le risque d'erreur médicamenteuse](#)
- [HAS \(2013\) : Guide ADM – Fiche 4 \(page 53 et 54\) Administration en anesthésie réanimation](#)
- [OMEDIT Occitanie \(2015 à 2025\) : Médicaments qui se ressemblent : "LASA"](#)
- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2020\) : Les médicaments à consonance ou à apparence semblables](#)
- [OMEDIT Occitanie \(2015\) : Erreur d'administration de médicaments utilisés en anesthésie ou réanimation au bloc opératoire](#)
- [SFAR et SFPC \(2024\) : Recommandations sur la prévention des Erreurs Médicamenteuses en Anesthésie-Réanimation](#)

9. Erreur de voie d'administration : administration intraveineuse (IV) au lieu de per os (n=4)

Trois EIGS sont liés à une **administration par voie parentérale de comprimés** : les comprimés ont été broyés puis passé soit par un PICCline, soit par un MIDline ou soit par une voie veineuse périphérique.

Un EIGS est lié à l'**administration par voie intraveineuse de solutions buvables** (phosphore, magnésium).

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Erreur de voie d'administration (IV au lieu de per os)

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Occitanie \(2015\) : Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale](#)

10. Boîte à outils transversales sur les never events

De façon générale, plusieurs outils existent afin de former et sensibiliser les équipes soignantes à l'existence des never events. Ces outils proposent également des mesures préventives permettant de les éviter.

Boîte à outils – Never events

Fiches pratiques et recommandations

- [RésOMEDIT \(2025\) : Never events – les outils proposés par les OMEDIT](#)
- [OMEDIT Normandie \(2026\) : « Format de poche » de sensibilisation](#)

Formations en ligne :

- [OMEDIT Pays de la Loire \(2026\) : Escape Game « Never Events Enigma »](#)
- [HIA Begin \(2026\) : PUzzle avec extension](#)

IV. L'analyse des EIGS ne relevant pas d'un never events

1. Utilisation d'une voie d'administration inadéquate autre que IV au lieu de per os (n=4)

Un EIGS est lié à une **erreur d'étiquetage** : absence de précision du type de voie sur les pansements, entraînant l'administration de Gadolinium par la dérivation ventro-péritonéale au lieu d'un cathéter central au niveau de la jugulaire.

Un EIGS est lié à une administration d'adrénaline en IV au lieu d'aérosol par **méconnaissance du protocole**.

Un EIGS est lié au **non-respect de la prescription** avec administration de morphine en IV au lieu de sous-cutané (SC) entraînant un surdosage.

Un EIGS est lié à une **mauvaise gestion des priorités** : administration de nutrition parentérale sur une voie veineuse périphérique au niveau du pied, qui avait été posée en urgence, **entraînant une extravasation** du produit.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination

4

Boîte à outils – Erreur de voie d'administration

Fiches pratiques et recommandations

- [Médecins Sans Frontières – Protocole de nébulisation d'épinéphrine \(adrénaline\)](#)
- [Hôpitaux Universitaires de Genève \(2024\) : Extravasation de médicaments non-cytostatiques chez l'adulte](#)
- [Hôpitaux Universitaires de Genève \(2024\) : Mesures à prendre lors d'extravasation de médicaments non-cytostatiques chez l'enfant](#)

2. Erreurs liées au système d'information (SI) (n=15)

Six EIGS sont dus à une **non-utilisation du SI** soit par non prise en compte des alertes de surdosage lors de la prescription, soit lié à une allergie connue mais non tracée ou non recherchée :

- Une allergie signalée dans le SI mais non prise en compte malgré la présence du bracelet rouge au poignet du patient.
- Une allergie à un antibiotique administré en probabiliste avant la lecture du dossier patient qui mentionne cette allergie.
- Trois autres allergies avaient été signalés mais n'ont pas été tracées dans le logiciel et n'ont pas été prises en compte. (tracée dans un bilan allergologique mais pas dans l'onglet « allergie », patient venant de l'extérieur, non demandé, non tracé, signalée mais non tracée)

Deux EIGS sont liés à un **problème d'interopérabilité de logiciels** conduisant à un doublon de prescription :

- Un lié à un transfert de service : les traitements d'urgence ont été administrés dans les 2 services de façon rapproché.

- Un lié à un double support de prescription (en anesthésie et dans le service) sur lesquels l'ensemble des traitements n'étaient pas reportés : non administration des antiépileptiques.

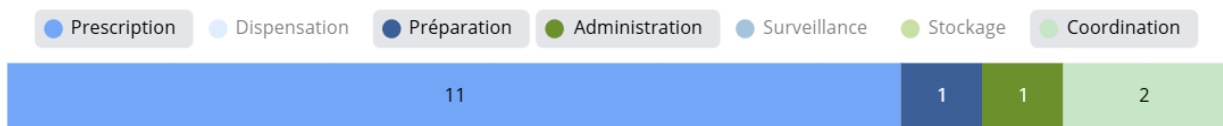
Cinq EIGS sont liés à une **erreur de posologie** :

- Deux prescriptions en formes galéniques (ampoules, comprimés) programmé par défaut sur le logiciel, au lieu d'une prescription en mg, entraînant des surdosages.
- Un changement de logiciel avec des difficultés informatiques a obligé la retranscription des prescriptions conduisant à des erreurs.
- Un lié à la non informatisation d'un service et prescription complexe de vancomycine avec calculs de doses faits à la main et erronés.
- Un lié à la génération de deux lignes avec deux temporalités d'administration différentes sur deux logiciels différents, la mauvaise ligne, avec le débit le plus rapide, a été administrée.

Deux EIGS sont liés à un **dysfonctionnement du logiciel** :

- Un problème de logiciel qui génère, sur les ordonnances de sortie, l'ensemble des traitement arrêtés.
- Un lié à l'absence de prise en compte lors d'un changement de marché d'une chimiothérapie avec modification de la concentration (cabazitaxel 60mg/6ml devenu 60mg/3ml) lors de l'édition des fiches de fabrication.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Allergie

Fiches pratiques et recommandations

- [HAS \(2013\) : guide ADM – fiche 1A \(pages 35 37\) prescription](#)
- [Alerte ANSM \(2021\) – risque de confusion des spécialités de Cabazitaxel](#)

Page internet

- [AP-HP \(2025\) : Allergies médicamenteuses : un bracelet rouge pour les signaler](#)
- [OMEDIT Auvergne-Rhône-Alpes \(2025\) : réduire les risques d'exposition des patients allergiques en établissement](#)

3. Identitovigilance (n=9)

Huit EIGS sont liés à la **non-vérification de la concordance** entre l'identité du patient et celle mentionnée sur la prescription :

- Une vérification de l'identité par une question fermée.
- Trois absences de vérification de l'identité du patient par rapport à celui annoncé par le logiciel (changement de chambre ou de lit récent qui n'ont pas été modifié informatiquement) ou annoncé par le patient, qui se présente avec son ancien numéro de chambre.
- Une non-vérification du bracelet d'identité d'un patient non communiquant.
- Une interruption de tâche entre la sélection de la poche et l'administration d'une chimiothérapie.

- Deux administrations de traitements prescrits pour un autre patient par non-vérification de leur identité.

Un EIGS est lié à l'**absence d'étiquetage** sur les cupules de solutions buvables (service de psychiatrie) entraînant l'administration du mauvais traitement au mauvais patient par manque d'identification.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination

9

Boîte à outils – Identitovigilance

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Centre-Val de Loire \(2021\) - L'Identitovigilance dans mon service](#)

4. Confusion (n=5)

Trois EIGS sont liés à une **confusion entre 2 spécialités** :

- Une administration du traitement par une **personne non qualifiée**, ne connaissant pas les médicaments.
- Une **consonance** (« Sound-alike ») (clopidogrel vs coaprovel).
- Une **erreur d'identification** entre 2 solutions buvables dont les emballages avaient été retirés.

Deux EIGS sont liés à une **confusion entre 2 dosages d'une même spécialité** :

- Un concernant des dosages de morphine LP.
- Un lié à un **double circuit de dispensation** du tacrolimus : la forme à libération immédiate est en commande libre par les services, tandis que la forme à libération prolongée se commande par envoi de la prescription à la pharmacie. Le service a commandé uniquement la forme à libération immédiate à la place de la forme à libération prolongée.

Etapes du circuit du médicament concernées :

● Prescription ● Dispensation ● Préparation ● Administration ● Surveillance ● Stockage ● Coordination

1

4

Boîte à outils – Confusion

Fiches pratiques et recommandations

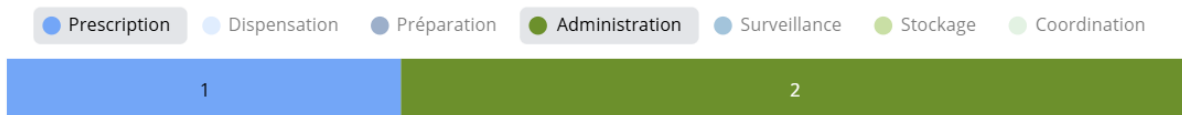
- [HAS \(2013\) : guide ADM \(page 100\) – règle des 5B](#)
- [HAS \(2013\) : guide ADM \(pages 93 et 94\) – fiche produits avec similitudes](#)
- [OMEDIT IDF \(2026\) : flyer des 12 B](#)

5. EI lié à un dispositif médical (n=3)

Trois EIGS sont liés à la **mauvaise utilisation d'un DM** :

- Utilisation d'une autre aiguille que l'aiguille de Huber pour l'administration de chimiothérapie sur chambre implantable, entraînant une extravasation
- Mauvaise utilisation d'un dispositif de VACthérapie ayant entraîné des douleurs qui ont par la suite causées un surdosage en morphine.
- Mauvaise utilisation d'un PICCline causant une embolie gazeuse.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Bon usage des DM

Rapport

- [HAS \(2024\) : Évènements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) en lien avec les dispositifs médicaux](#)

Fiches pratiques et recommandations

- [Europharmat \(2018\) : Fiche de bon usage des aiguilles de Huber](#)
- [Europharmat \(2021\) : Fiche de bon usage des aiguilles hypodermiques](#)

6. Divers (n=12)

Trois EIGS sont liés à une **prescription inadaptée** :

- Non prise en compte dans le dosage prescrit de la morphine de l'âge (enfant) et de la pathologie lourde (patient à risque) d'un patient, entraînant un surdosage.
- Non prise en compte de la pathologie d'un patient myopathe (patient à risque) pour lequel l'évaluation de la fonction rénale avec les formules standards n'est pas applicable, entraînant une insuffisance rénale aiguë suite à l'administration de vancomycine.
- Non prise en compte de l'âge avancé et de la fonction rénale d'un patient (patient à risque) ayant reçu de la morphine qui a entraîné un surdosage.

Un EIGS est lié à une **prescription complexe et tardive** : surdosage en morphine lié à un changement total d'un protocole à risque (morphinique) dans une situation à risque (vendredi 17h) et absence de surveillance.

Trois EIGS sont liés à un **défaut de traçabilité et/ou de surveillance** :

- Défaut de surveillance de l'administration et traçabilité erronée de la prise de médicament chez un patient suicidaire : non vérification de la prise, qui est tracée comme « administré » sur le dossier patient, conduisant à une accumulation des médicaments par le patient pour faire une tentative de suicide.
- Non surveillance et non réévaluation de la pertinence d'une VVP ayant conduit à une endocardite.
- Défaut de surveillance du passage d'une chimiothérapie en VVP ayant provoqué une extravasation.

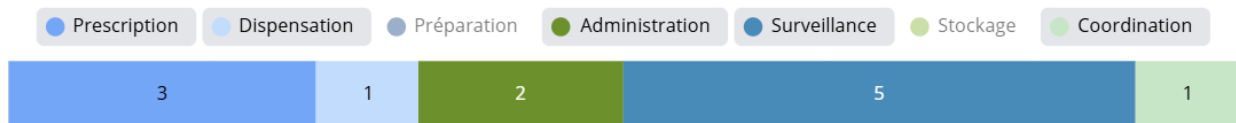
Trois EIGS sont liés au **non-respect de la prescription** :

- Administration d'une quantité de comprimés supérieure à ce qui est prescrit.
- Dispensation d'un autre dosage que celui prescrit, modifiant la quantité à prendre par rapport à l'ordonnance. Administration des traitements par l'aidant (HAD) qui a suivi la quantité inscrite sur l'ordonnance, entraînant un surdosage.
- Administration par l'entourage de médicament non prescrits.

Un EIGS est lié à l'**administration de Botox** par une IDE alors que c'est un acte médical.

Un EIGS est lié au **non-respect du protocole** de pose au moment du remplacement d'un PICCline, retiré pour suspicion de porte d'entrée, par un nouveau PICCline du même côté, aggravant l'endocardite.

Etapes du circuit du médicament concernées :



Boîte à outils – Divers

Fiches pratiques et recommandations

- [SF2H \(2019\) : Recommandations pour prévenir les infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés](#)
- [Onco-Aquitaine \(2016\) : Les bons réflexes infirmiers lors de l'administration d'une chimiothérapie](#)
- [ANSM \(2024\) : Protocole d'utilisation thérapeutique du Botox](#)

V. Mesures barrières et outils

1. Patients, médicaments ou situations à risque

Un EIGS se produit la plupart du temps lors de la combinaison d'un patient à risque, d'un médicament à risque et d'une situation à risque.

- **Patients à risques**

Certains profils de patients sont plus à risque de subir un EIGS. Leur identification rapide permet d'adapter la prise en charge et de sécuriser l'utilisation des médicaments. Il peut s'agir par exemple de patient aux âges extrêmes, de patients insuffisants rénaux ou hépatiques qui nécessitent des adaptations de doses, ou bien de patients avec des maladies rares pouvant modifier l'interprétation de certains signes cliniques ou biologiques.

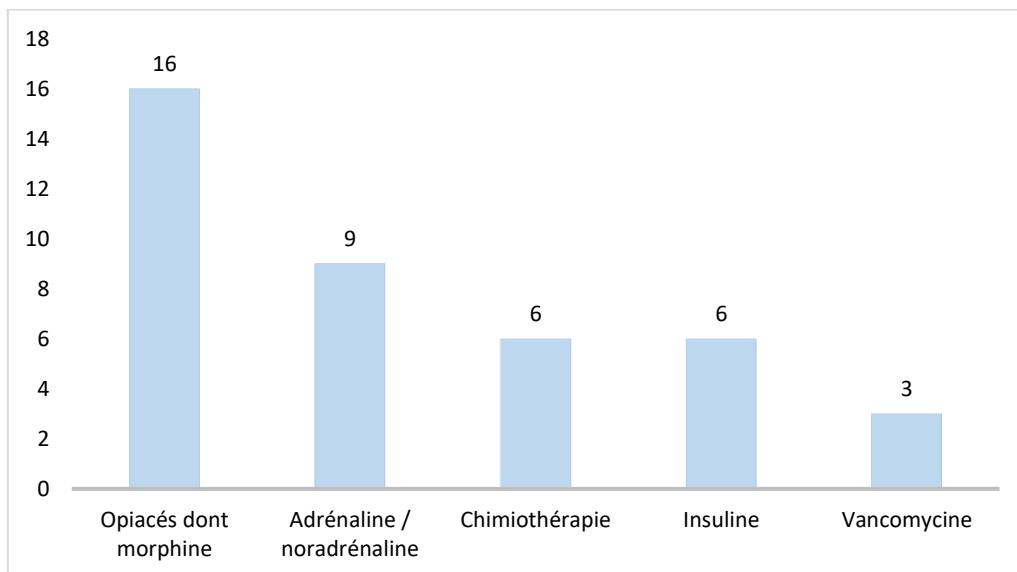
Un patient non communicant est également à risque de défaut d'identitovigilance car incapable de confirmer son identité. La vérification du bracelet ou d'une photographie doit être effectuée.

- **Médicaments à risque**

Plusieurs EIGS concernent l'administration de médicaments dits « à risque » soit du fait de leur galénique, soit du fait de leur principe actif. Chaque établissement est tenu d'établir sa propre liste de médicaments « à risque » dont l'administration nécessite une plus grande vigilance.

Ces médicaments peuvent être les médicaments impliqués par les never events (insuline, méthotrexate, colchicine, méthadone, médicaments utilisés avec des dispositifs d'administration...), des médicaments à marge thérapeutique étroite (antiépileptiques, immunosuppresseurs, ...) ou encore des médicaments pour lesquels la conséquence d'une erreur de posologie peut avoir un impact sur la santé du patient (morphine et opiacés). Il peut également s'agir de médicament dont l'utilisation par le service est exceptionnelle (vancomycine, insuline dans les protocoles d'hyperkaliémie, ...).

Dans l'ensemble des déclarations, certaines classes thérapeutiques sont fréquemment impliquées :

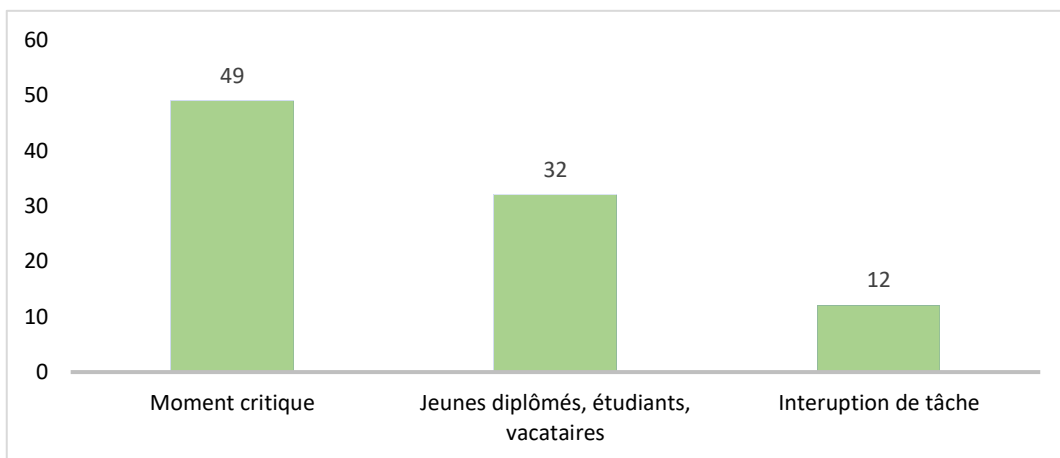


- **Situations à risque**

Certaines circonstances augmentent le risque d'erreurs médicamenteuses et donc d'EIGS. Ces situations doivent être systématiquement identifiées par les équipes afin de renforcer la vigilance. Il peut s'agir de situation d'urgence qui peuvent entraîner des prescriptions orales ou du stress, ou bien des moments critiques pour l'organisation des soins : heures tardives ou week-end, nuit et jours fériés.

L'encadrement des jeunes diplômés et étudiants, ainsi que la formation des vacataires permet de diminuer les risques d'erreurs lié au manque d'expérience dans le service. La HAS a rédigé en 2025 une « [Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) en lien avec le personnel non permanent](#) ».

L'interruption de tâche est également une situation à risque qui est retrouvée dans de nombreux EIGS, et doit être évitée le plus possible.



2. Focus spécifiques

a. Dotation des services

La sécurisation de la dotation en médicaments au sein des services de soins constitue un levier dans la prévention des EIGS. Les axes prioritaires à respecter sont :

- Limiter la multiplicité des dosages d'une DCI donnée

Cela permet de réduire le risque de confusion entre deux dosages proches (erreurs de sélection, surdosage ou sous-dosage).

- S'assurer que l'identification du médicament est totale à chaque étape (dénomination, dosage, lot, date d'expiration)

Ne retirer l'emballage que si le produit est identifiable sans : nom du produit, dosage, n° de lot et date de péremption. Cela permet de limiter le risque de confusion et de faciliter l'accès aux informations de sécurité (pictogrammes, notices).

- Adapter le conditionnement à la dispensation hospitalière

Favoriser les conditionnements unitaires, sécurisés et adaptés à l'usage hospitalier.

Éviter d'avoir en dotation les conditionnements qui contiennent à eux seuls une dose suffisante pour entraîner un EIGS en cas d'erreur d'administration (ex : flacon d'insuline 100U/ml).

➤ Disposer d'antidotes

Dans le cas où le service à l'habitude de manipuler des médicaments à risque, s'assurer de la dotation en antidotes (anticoagulants, opioïdes, etc.). Ces médicaments étant utiles en cas d'urgence, il est important de vérifier régulièrement la péremption des produits à usage exceptionnel (charriot d'urgence, antidotes,...).

➤ Organiser son stockage

Les médicaments doivent être ranger individuellement, avec des séparateurs physiques et doivent être identifiables facilement à l'aide d'étiquette. Pour limiter les risques de confusions, les spécialités avec des similitudes peuvent être éloignées physiquement dans le rangement. Il est possible d'utiliser des codes couleurs, pictogrammes ou autres repères visuel.

La HAS (2025) a établi une fiche de recommandation concernant [le stockage dans les unités de soins \(pages 39 à 42\)](#).

L'ANAP a élaboré en 2019 une fiche pratique [« Gérer l'approvisionnement, la détention et le stockage des médicaments dispensés nominativement dans les services »](#).

b. Médicaments à risques

Les EIGS recensés mettent en évidence une récurrence autour de certains médicaments. Une vigilance accrue est indispensable pour **sécuriser leur stockage et leur utilisation**.

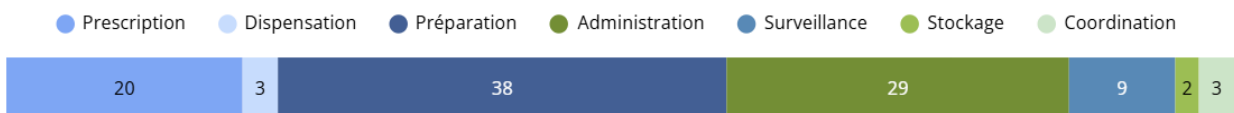
Mesures de sécurisation à appliquer :

- Établir et diffuser **la liste officielle des médicaments à risque** au sein du service.
- S'assurer de l'identification du statut « à risque » dans le stockage et limiter les quantités.
- Effectuer le double contrôle lors de la préparation et de l'administration.

Des recommandations et des outils sont à retrouver dans la fiche n°6 (page 59) du guide [« Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »](#) de la HAS (2013) concernant les médicaments à risques. Un flash sécurité patient [« Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué »](#) a également été réalisé par la HAS en 2021

c. Circuit du médicament

Les étapes du circuit du médicament les plus à risque d'EIGS sont les étapes de préparation et d'administration, représentant à elles seules 64% des déclarations.



Dans son guide sur la sécurisation de l'administration, la HAS (2013) a établi des fiches de recommandations concernant [la prescription, la préparation et l'administration](#) des médicaments.

d. Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux ont la particularité d'être des produits « utilisateur-dépendants », c'est-à-dire qui nécessitent d'avoir reçu une formation et dont l'utilisation optimale et sécurisée nécessite de l'expérience.

L'utilisation d'un dispositif médical chez un patient s'organise, en s'assurant notamment que de son introduction à son retrait, l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient est formé à son utilisation. Cela peut être au sein du service hospitalier (infirmier vacataire, intérimaire) dans lequel se trouve le patient, mais également à la sortie si poursuite de l'utilisation (infirmiers libéraux ou de structures de soins de longue durée).

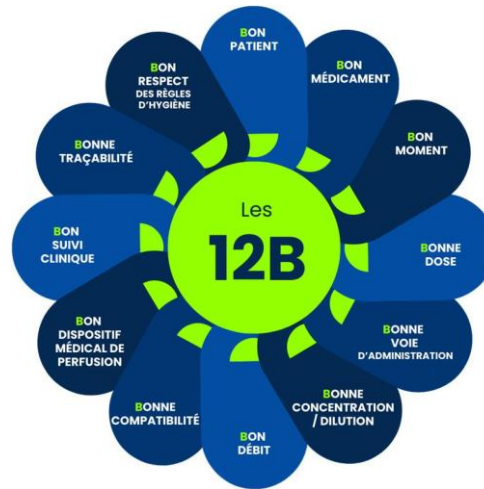
De nombreuses fiches de bon usage des DM sont disponibles sur le site [d'Euro-Pharmat](#).

La HAS (2024) a également proposé dans [son analyse des EIGS liés aux DM](#), des préconisations pour sécuriser l'utilisation des produits.

e. Règle des 12B

La règle des 5B, connu de tous, permet de sécuriser l'administration des médicaments. L'OMEDIT IDF propose une [règle des 12 B](#) afin de prendre en compte toute la prise en charge du circuit du médicament :

- **Bon patient**
- **Bon médicament**
- **Bon moment**
- **Bonne dose**
- **Bonne voie d'administration**
- **Bonne concentration/dilution (bon calcul et bon solvant de reconstitution & dilution)**
- **Bon débit**
- **Bonne compatibilité (physico-chimique et pharmacologique)**
- **Bon dispositif médical de perfusion**
- **Bon suivi clinique**
- **Bonne traçabilité**
- **Bon respect des règles d'hygiène**



Cette règle est fortement liée à la notion d'identitovigilance qui englobe l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient, afin de lui administrer les bons soins. Cette notion est un facteur clé de la sécurité du parcours de santé du patient.

Sur les 104 EIGS recensés, **87** sont liés au non respect d'au moins une des règles des 12B, soit 84%.

f. Médicaments avec des similitudes « Look-Alike / Sound-Alike » ou « LASA »

Certains médicaments ont des noms de DCI ou de princeps très proches. La confusion en raison de leur consonance est fréquente. D'autres médicaments aux noms très différents peuvent, selon les laboratoires, présenter une ressemblance visuelle. Là encore, le risque de confusion est présent. Dans l'ensemble des déclarations, 8 impliquent une confusion liée à la consonance ou la ressemblance entre 2 spécialités.

Afin de prévenir ce risque d'erreur, plusieurs actions peuvent être mises en place :

- Inclure l'étude des similitudes dans la politique de gestion des risques de l'établissement
- Faire la liste des LASA présents dans le service, dans l'établissement
- Prendre en compte le risque lors du choix du référencement
- Stocker séparément les LASA
- Utiliser des signaux visibles pour les identifier.

Plusieurs outils d'aide à la réflexion existent :

Boîte à outils – LASA

Fiches pratiques et recommandations

- [OMEDIT Occitanie \(2015\) – LASA](#)
- [OMEDIT Occitanie \(2015\) – Focus « Look-Alike »](#)
- [OMEDIT Occitanie \(2015\) – Focus « Sound-Alike »](#)
- [HAS \(2013\) – Guide ADM \(pages 93 et 94\) – Produits avec similitudes](#)

VI. Conclusion

Les facteurs favorisants sont nombreux, multifactoriels et multi-professionnels. Ils peuvent être liés au patient (état de santé, relationnel), à la tâche à effectuer (méconnaissance des protocoles), aux professionnels (manque de formation), à l'équipe (situation de stress, sous-effectif), à l'environnement de travail (locaux inadaptés, interruption de tâches), à l'organisation et le management (surcharge de travail) ou bien encore au contexte institutionnel (manque de culture de sécurité).

La sensibilisation des équipes, la formation continue, l'amélioration des protocoles, l'utilisation adaptée d'outils informatiques à disposition, l'amélioration du management de la qualité sont autant de leviers d'actions à mettre en place afin de diminuer la fréquence d'apparition de ces EIGS.

L'HAS a publié en 2013 [un guide d'outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments](#) qui propose, notamment, de nombreuses fiches pratiques pour sécuriser l'ensemble des étapes du circuit du médicament, encore d'actualité aujourd'hui. De nombreux autres outils sont présents dans ce rapport et sur le site de l'[OMEDIT IDF](#).

Détecter et déclarer les évènements indésirables au sein de chaque établissement est primordial.

Chaque évènement indésirable doit être analysé de façon pluriprofessionnelle afin d'identifier les points de défaillances et de mettre en place des actions correctrices afin d'éviter leur reproduction.

REMERCIEMENTS

Rédaction : OMEDIT Ile-de-France

Clara Messange, interne en pharmacie, Pierre Derouard, externe en pharmacie, Dr Hélène Eychenié et Dr Mathilde Pedronno-Roche pharmaciens

Relecture et validation : ARS Ile-de-France

- *Direction Veille et Sécurité Sanitaire / Département Réclamations Evènements Indésirables Et Vigilances : Dr Isabelle Nicoulet, médecin*
- *Direction Veille et Sécurité Sanitaire / Département Qualité Sécurité Pharmacie Médicament Biologie : Dr Florence Lepagnol, pharmacien inspecteur de santé publique*

Glossaire

ES / ESPIC : Établissement de santé / Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur.

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État.

IDE : Infirmier Diplômé d'État.

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription.

VAC : Vacuum Assisted Closure (thérapie par pression négative).

VVP : Voie Veineuse Périphérique.

PCA : Patient Controlled Analgesia (analgésie contrôlée par le patient).

PSE : Pousse-seringue électrique.

TS : Tentative de Suicide.

EIGS : Événement indésirable grave associé aux soins. Incident non souhaité survenant lors de la prise en charge d'un patient, entraînant un décès, une mise en jeu du pronostic vital ou une invalidité.

EIM : Événement indésirable médicamenteux. Accident lié à l'administration d'un médicament.

EIDM : Événement indésirable lié à un dispositif médical.

Never Events (NE) : Incidents graves évitables qui ne devraient jamais survenir si les règles de sécurité sont respectées (ex. : erreur de voie, confusion médicamenteuse, surdosage).

PEC / PECM : Prise en charge (médicamenteuse).

Annexes :

Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)

Analyse des déclarations concernant les événements indésirables médicamenteux et liés aux dispositifs d'administration de 2021 à 2024 dans les établissements sanitaires d'Île-de-France

Constats et chiffres clés

Les EIGS : un enjeu national majeur de sécurité des soins

4,4 EIGS / 1000 jours d'hospitalisation
→ soit 4 événements indésirables par mois pour un service de 30 lits

Plus de la moitié des EIGS auraient pu être évitée

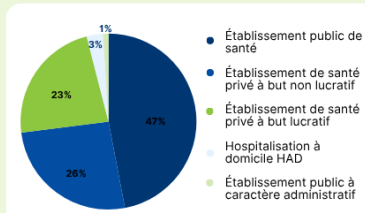
Les événements indésirables liés aux produits de santé constituent la **3ème cause d'EIGS déclarés**

En Île-de-France

Un total de **113 EIGS** en lien avec la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs d'administration ont été déclarés à l'ARS IDF de 2021 à 2024.

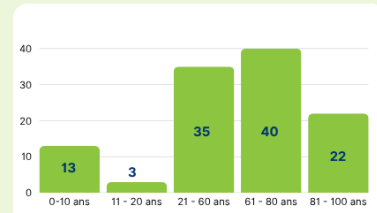


Répartition des EIGS en lien avec les produits de santé déclarés à l'ARS IDF par année



Répartition des EIGS en lien avec les produits de santé déclarés à l'ARS IDF par typologie d'établissements

Profil des patients concernés par les EIGS en lien avec les produits de santé : 62 hommes, 46 femmes, 5 non précisés.



Répartition des EIGS en lien avec les produits de santé déclarés à l'ARS IDF par âge

104 EIGS analysés (parmi les 113 EIGS déclarés)

56 EIGS sont liés à l'un des 16 never events identifiés par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et produits de santé (ANSM).

Les **48 EIGS** restants (non liés à un never events) ont été classés selon les catégories suivantes :

Never Events	Description	Catégorie	Description
Spécialité utilisée en anesthésie-réanimation (bloc opératoire) (n=16)	Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie ou en réanimation au bloc opératoire	Système d'information (SI) (n=15)	Erreur en lien avec l'utilisation du système d'information
Programmation des dispositifs d'administration (n=12)	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...)	Identitovigilance (n=9)	Erreur dans la vérification de l'identité d'un patient
Préparation de spécialités injectables (n=7)	Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation sont à risque, notamment lorsqu'ils nécessitent des calculs de doses ou de concentration	Confusion (n=5)	Erreur entre deux spécialités ou entre deux dosages d'une même spécialité
Insuline (n=6)	Erreur d'administration d'insuline	Voie d'administration autre que IV - per os (n=4)	Erreur de voie d'administration (hors confusion voie parentérale et voie orale)
Médicaments anticoagulants (n=6)	Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants	Dispositifs médicaux (n=3)	Erreur dans l'utilisation de dispositifs médicaux
Voie d'administration IV - per os (n=4)	Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale	Divers (n=12)	Tous les autres EIGS ne rentrant pas dans les catégories précédentes.
Chlorure de potassium injectable (n=3)	Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable		
Gaz à usage médical (n=1)	Erreur d'administration de gaz à usage médical		
Méthadone (n=1)	Erreur d'utilisation de la méthadone		

Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)

Analyse des déclarations concernant les événements indésirables médicamenteux et liés aux dispositifs d'administration de 2021 à 2024 dans les établissements sanitaires d'Île-de-France

Facteurs de risque identifiés



Patients à risque

- Âges extrêmes (patients âgés, enfants)
- Insuffisance rénale / hépatique
- Maladies rares
- Patients non communicants (troubles cognitifs, sédation, barrière de la langue)



Médicaments à risque

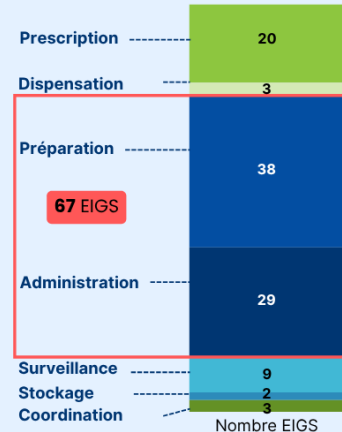
- Never Events : insuline, méthotrexate, colchicine, méthadone, médicaments utilisés avec des dispositifs d'administration
- Médicaments à marge thérapeutique étroite (antiépileptiques, immunosuppresseurs, ...)
- Médicaments exceptionnellement utilisés dans un service (vancomycine)



Situations à risque

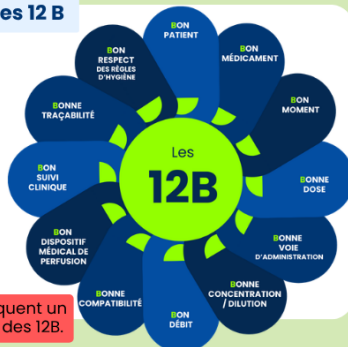
- Urgence, stress, prescriptions orales
- Nuit, week-end, jours fériés
- Vacataires, nouveaux diplômés
- Interruptions de tâche

Étapes les plus à risque



Mesures de prévention essentielles

Règles des 12 B



87 EIGS impliquent un non-respect des 12B.

Dispositifs d'administration

- Former les professionnels à l'utilisation des dispositifs d'administration
- S'assurer que tous les professionnels de ville intervenant dans la prise en charge du patient sont formés à l'utilisation de son DM, y compris lors du retour à domicile du patient

12 EIGS liés aux dispositifs d'administration ou aux DM

Organisation et dotation de service

- Limiter la **multiplicité des dosages** d'une DCI donnée
- S'assurer que l'**identification du médicament** est totale à chaque étape (dénomination, dosage, lot, date d'expiration)
- Adapter le conditionnement** à la dispensation hospitalière
- Identifier** à l'aide d'un signe ou d'un logo **les médicaments à risque**
- Stocker séparément** chaque spécialité à risque (séparation physique, étiquette d'identification) et éloigner les spécialités qui se ressemblent (cf. LASA)
- Avoir un antidote** (s'il existe) **accessible** à tout moment (service ou PUI) lors de l'utilisation de médicaments à risque

Focus Médicaments avec des similitudes « Look-Alike / Sound-Alike » (ou « LASA »)

- Inclure l'étude des similitudes dans la **politique de gestion des risques** de l'établissement
- Faire la **liste des LASA** présents dans le service/dans l'ES
- Prendre en compte le risque lors du **choix du référencement**
- Stocker séparément** les LASA
- Utiliser des **signaux visibles** pour les identifier

8 EIGS liés aux LASA

Never Events

S'appuyer sur la boîte à outils dédiée



56 EIGS sont des Never events

Conclusion

- La déclaration et l'analyse de chaque EIGS sont obligatoires et essentiels.
- L'analyse pluriprofessionnelle permet d'identifier les causes profondes.
- La mise en place d'actions correctrices réduit le risque de répétition.

Ressources utiles :

Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées : **ENEIS 3 Événements indésirables graves associés aux soins en établissement de santé**



HAS : **Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS**



omedot
ÎLE-DE-FRANCE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté, Égalité, Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé Île-de-France

Avril 2026