



NEVER EVENTS

Ce qui ne doit jamais arriver

Qu'est-ce qu'un NEVER EVENT ?



Les Never Events sont des **erreurs identifiées par le Ministère de la Santé et l'ANSM** comme des événements qui **ne devraient jamais arriver** si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre.

Le risque médicamenteux :

L'erreur médicamenteuse est **l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte** au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable chez le patient (*Arrêté du 6 avril 2011*).

En France, environ **50% des événements indésirables graves (EIG) liés aux médicaments sont évitables**. Un EIG médicamenteux survient en moyenne tous les 12 jours durant l'hospitalisation. Les médicaments sont la troisième cause d'EIG (*ENEIS 2009*).

Selon le rapport de l'HAS « erreurs associées aux produits de santé » (novembre 2020) :

3 types d'erreurs prédominant :

- les erreurs de dose avec le plus souvent un surdosage
- les erreurs de médicament
- les erreurs de patient (identitovigilance)



Les erreurs survenues lors de la prescription et de l'administration représentent 93% de la base étudiée et les médicaments à risque sont impliqués > 75% des cas (*analgésiques opioïdes, anxiolytiques, neuroleptiques, anesthésiants, curares et antithrombotiques*).

Liste des NEVER EVENTS :

1. Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
3. Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
4. Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
5. Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
6. Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
7. Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
8. Erreur d'administration d'insuline
9. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
10. Erreur d'administration de gaz à usage médical
11. Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
12. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique.