

FR 2023 - 1

Date de parution :

01/2023

Catégorie :

Spécialité

Santé Mentale

Filière

Etablissement sanitaire :
Psychiatrie

Population

Personne en situation de
handicap psychique

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Erreur de délivrance et d'administration d'un médicament

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

La préparation des traitements à la pharmacie partenaire de l'établissement comporte une étape de retranscription manuelle de la prescription informatisée dans le logiciel de l'automate qui prépare les préparations des doses à administrer (PDA). Les prescriptions sont éditées par la préparatrice. Une vigilance est donc à avoir car l'erreur est possible. Un double contrôle est requis :

1. A la pharmacie, de la part du pharmacien vis-à-vis de l'étape de création du PDA
2. Au poste de soins, de la part de l'infirmière lors de la préparation du pilulier quotidien et à l'étape de la vérification avant administration.



De quoi s'agit-il ?

Une infirmière s'aperçoit un matin que la prescription (Fluoxétine 20mg) ne correspond pas au traitement fourni par la pharmacie (Paroxétine 20mg) pour une patiente admise en hospitalisation libre depuis 2,5 mois. Au regard des prescriptions, la patiente, depuis son admission, ne reçoit pas le traitement qui lui est prescrit par Psychiatre1.

Impact patient :

La paroxétine administrée le matin a entraîné une sédation de la patiente. Même si les 2 molécules sont des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, certains effets secondaires différent : sédation et hyponatrémie avec la paroxétine, agitation excitation anxiété pour la fluoxétine. En outre, la paroxétine nécessite un arrêt progressif sur plusieurs semaines en raison de symptômes de sevrage, ce qui n'est pas le cas de la fluoxétine.

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **J - 77 jours** : Admission de la patiente en hospitalisation libre.
Prescription de Tercian si besoin par Psychiatre 1
- **J - 75 jours** : Prescription, par Psychiatre 1, de Fluoxétine 20mg (comprimé dispersible, 1 matin), que la patiente prend depuis 2 ans.
- **J - 71 jours** : - Pharmacie partenaire : préparation des traitements par la préparatrice en pharmacie référente de l'établissement
 - La pharmacie possède une robotisation des préparations de PDA.
 - Erreur entre la lecture de la prescription informatisée (Fluoxétine 20mg) et le traitement tapé dans le logiciel de l'ordinateur pour préparer les PDA (Paroxétine 20mg)
 - Livraison des traitements (Paroxétine 20mg)
- **J 0 matin** : Distribution des traitements du matin.
 - L'IDE 1 (en CDD, présente depuis plusieurs jours, dont des matins), s'aperçoit que la prescription (Fluoxétine 20 mg) ne correspond pas au traitement fourni par la pharmacie : Paroxétine 20mg.
 - Elle vérifie l'ordonnance papier, pour savoir si ce fait provient d'une prescription récente d'un nouveau traitement. Ceci pourrait expliquer que les PDA n'aient pas eu le temps d'être modifiés par la pharmacie. Elle constate qu'il n'y a pas eu de modification de traitement depuis l'admission.
 - Elle questionne la patiente : cette dernière dit ne pas connaître le nom de son traitement. L'IDE 1 ayant dans la pharmacie de la Fluoxétine 20mg, lui montre le blister de ce traitement : mais la patiente ne le reconnaît pas et indique que ce n'est pas le traitement qu'elle prend habituellement. La patiente reconnaît le blister de la Paroxétine 20mg, qu'elle désigne comme son traitement.
 - Psychiatre 1 absent les mercredis
 - Dans le doute, l'IDE 1 considère ces 2 traitements et leur dosage et décide de donner la Paroxétine.
- **J 0 après-midi** : L'IDE 1 échange sur cette situation avec l'IDE 2 aux transmissions : l'IDE 2 relève également le dysfonctionnement, au regard des prescriptions : la patiente, depuis son admission, ne reçoit pas le traitement qui lui est prescrit.
- **J + 1** : - L'IDE 1 évoque la situation au psychiatre 1, à son arrivée.
 - Psychiatre 1 appelle la pharmacie pour signaler le problème.
 - Fiche de Signalement d'Événement indésirable faite par Psychiatre 1.

Causes immédiates identifiées

- Cause 1 : Erreur de préparation pharmaceutique (erreur de retranscription de la prescription dans le logiciel du robot de préparation des PDA) et de renouvellement.
- Cause 2 : Défaut de vérification IDE avant administration du médicament

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	/
Individu (soignant)	<ul style="list-style-type: none">• Ressemblance des noms des 2 médicaments et même dosage• Double contrôle sans doute non effectué par pharmacien (préparatrice seule)• Confusion IDE (pensait à une substitution par la pharmacie non tracée - elles sont transmises oralement)
Équipe	<ul style="list-style-type: none">• Plusieurs remplacements IDE (IDE titulaire seule sur cette période)
Tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none">• Défaut d'application du protocole (concernant l'étape de contrôle des PDA par IDE et mise dans des tiroirs hebdomadaires la nuit 1 fois/semaine)
Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none">• Surcharge de travail pharmacie• Contexte surcharge IDE lié au Covid-19• Ergonomie du poste de travail salle de soins (emplacement PC)
Organisation Management	<ul style="list-style-type: none">• Préparatrice pharmacie doit aller vite
Contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none">• Changement de propriétaire de la pharmacie courant 2020 dans contexte crise sanitaire Covid-19

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	<ul style="list-style-type: none">• Lever de doute de l'IDE en CDD lors de l'administration du traitement au regard des prescriptions• Lever de doute de l'IDE en CDD par un avis auprès de la patiente
Atténuation	/

Perception du caractère évitable par les professionnels





Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Mettre en place des sessions de rappel des bonnes pratiques de vérification en matière de doubles contrôles (pharmacie et IDE) : règle des 5B et valorisation du lever de doute	Prévention	Récupération	Atténuation
Formaliser une procédure "En cas de substitution d'un traitement"	Prévention	Récupération	Atténuation
Vérifier (coté service et pharmacie) que la procédure est connue : lors d'une modification de prescription, un mail est adressé à la pharmacie pour information.	Prévention	Récupération	Atténuation
Vérifier si l'inscription sur les sachets PDA (Préparation des Doses à Administrer) comprend l'identité, le nom, le dosage et la forme du médicament.	Prévention	Récupération	Atténuation
Revoir l'ergonomie du poste de travail du service (localisation PC en salle soins).	Prévention	Récupération	Atténuation
Renforcer la dotation de l'armoire en 'besoins urgents' en cas de substitution si erreur.	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- Guide EasyREX "Faciliter l'enseignement et le retour d'expérience sur les événements indésirables associés aux soins" / QualiREL Santé - Edition 2021
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments / Guide HAS de mai 2013

