

FR2023-03

Date de parution :
06/2023

Catégorie :

Spécialité

Psychiatrie

Filière

Etablissement sanitaire :
psychiatrie

Population

Population à risque
spécifique

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Effet de routine et administration d'une double dose de diurétique

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 Doses à Administrer (PDA) automatisée est d'une grande aide pour faciliter la dispensation des médicaments et limiter le risque d'erreur. Elle n'est cependant pas parfaite et il reste quelques situations où une intervention manuelle est nécessaire pour l'ajuster : formes buvables, prescriptions en "si besoin", modifications de traitement après la préparation des sachets...

C'est lors de ces chevauchements de méthode qu'il est important de rester vigilant, aussi bien sur les traitements donnés via PDA que sur les traitements dispensés manuellement, car le risque d'oubli ou de double dose y est plus important que lorsque le mode de dispensation est unique. Le défaut de vérification dans cette situation peut être lié à la fois à la confiance a priori qu'un soignant aurait dans la PDA et aux facteurs plus classiques, telle que la routine ou les interruptions de tâches.



De quoi s'agit-il ?

Une patiente admise en soins psychiatriques présente à son admission une hypokaliémie. Un traitement par spironolactone et chlorure de potassium (Diffu K®) est instauré par le médecin somaticien du service, assorti d'une surveillance rapprochée. La prescription ayant été faite le vendredi après-midi, après lancement de la PDA automatisée par la pharmacie, les IDE doivent ajouter ce traitement manuellement le week-end et le lundi matin.

Le mardi matin, le traitement est ajouté manuellement par l'IDE par habitude alors que les comprimés sont déjà dans le sachet de PDA.

Impact patient :

Aucun, pas de signe clinique ni biologique.

ANALYSE SYSTÉMIQUE

Points clés de la chronologie des faits

- **J-4, 15h39 (vendredi)** : Admission de la patiente présentant une hypokaliémie. Introduction de spironolactone (Aldactone®, 25 mg 2 comprimés le matin) et de chlorure de potassium (Diffu K®) au regard d'un avis spécialisé (endocrinologue) par le médecin somaticien du service. Prescription réalisée après le lancement de la préparation des doses à administrer (PDA) automatisée par la pharmacie (le vendredi à 14h).
- **De J-3 à J-1** : Traitement hyperkaliémant ajouté à la main par les infirmiers, en complément du sachet de PDA.
- **J-1, après-midi (lundi)** : Livraison des sachets de PDA dans l'unité de soins
- **Jo, nuit (mardi)** : Préparation des traitements du matin des patients de l'unité par l'IDE de nuit (IDE 1).
- **Jo, 7h30** : Vérification des traitements de la patiente par l'IDE du matin (IDE 2), à partir de la prescription médicamenteuse du dossier patient informatisée et du plan de préparation papier actualisé à J-4. Ne voyant pas les 2 cp de spironolactone dans le pilulier de la patiente et pensant à un oubli du collègue de nuit, elle les ajoute manuellement (va les chercher dans la réserve unique).
- **Jo, 8h15** : Délivrance des médicaments à la patiente au moment du petit déjeuner, en salle à manger, par l'IDE 2 : le contenu des sachets de PDA puis les 2 comprimés de spironolactone.
- **Jo, 8h40** : Validation de l'administration médicamenteuse dans le dossier patient informatisé de la patiente par l'IDE 2, après la distribution des traitements de l'ensemble des patients de l'unité, table par table. Découverte de l'erreur par l'IDE 2 au moment de faxer à la pharmacie le bon de commande de la réserve unique accompagné du plan de préparation papier de la patiente pour réapprovisionnement en spironolactone : la mention « AUTOMATE » est indiquée sur le plan de préparation au niveau de la ligne de la spironolactone . Elle réalise que les 2 comprimés de spironolactone étaient déjà intégrés dans le sachet de PDA et que la patiente vient de recevoir une double dose.
- **Jo, 8h45** : Signalement de l'erreur sans délai par l'IDE 2 aux collègues, au médecin somaticien du service et au cadre de santé.
- **Jo, 9h** : Prise de contact par médecin somaticien avec le centre antipoison : une surveillance rapprochée est préconisée pendant 48h au regard du risque lié au surdosage d'aldostérone et d'hyperkaliémie (ionogramme, pouls, TA, douleurs thoraciques). Annonce du dommage lié aux soins à la patiente par le médecin somaticien du service. Mise en œuvre de la surveillance par les soignants.
- **De Jo à J2** : Les résultats des ionogrammes et bilans somatiques s'avèrent sans anomalie.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de dosage d'un diurétique (double dose) lors du contrôle de la préparation du traitement médicamenteux.

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	- Patiente habituellement peu autonome pour la gestion de son traitement (accompagnée par son conjoint au quotidien), non en capacité d'alerter sur ce sujet. - Antécédents rénaux.
Individu (soignant)	- IDE 2 était en poste du matin les jours précédents, effet de routine : ajout manuel les jours précédents (dimanche matin, lundi matin) des 2 comprimés de spironolactone lors de la préparation du traitement de la patiente.
Équipe	- Ajustement de la prescription médicamenteuse (introduction du spironolactone) après la préparation des doses à administrer par la pharmacie le vendredi à 14h, nécessitant un complément manuel tout le week-end et le lundi matin par les IDE.
Tâches à accomplir	- Administration des médicaments réalisée à l'écran dans le dossier patient informatisé : la mention « AUTOMATE », présente sur le plan de préparation n'apparaît pas dans le dossier patient informatisé à cette étape. - Validation de l'administration médicamenteuse non réalisée au plus près de la prise patient par patient et médicament par médicament : validation de l'ensemble des administrations à distance.
Environnement de travail	- Distribution des médicaments au moment du petit déjeuner en salle à manger.
Organisation Management	- Difficultés à faire accepter par les équipes la vérification de l'administration médicamenteuse au plus près de la prise, malgré des rappels réguliers et des aménagements techniques récents pour permettre aux équipes un accès facilité au dossier patient informatisé.
Contexte institutionnel	/

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	
Atténuation	Alerte du médecin somaticien, des collègues, du cadre. Contact auprès du centre antipoison. Surveillance rapprochée de la patiente.

Perception du caractère évitable par les professionnels

Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



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

Encourager le comptage des formes orales sèches lors de la préparation et de la distribution des traitements comme un moyen supplémentaire de contrôle	Prévention	Récupération	Atténuation
Encourager les IDE à valider l'administration médicamenteuse au plus près de la prise : médicament par médicament et patient par patient à l'aide de l'ordinateur portable présent sur le chariot de médicaments + Audit sur la traçabilité	Prévention	Récupération	Atténuation
Identifier les freins et les difficultés rencontrées par les IDE n'utilisant pas l'ordinateur portable du chariot de médicaments pour valider en direct les administrations	Prévention	Récupération	Atténuation
Partager ce retour d'expérience afin de réfléchir à l'opportunité/faisabilité d'une autre organisation quant à la distribution des médicaments (lieu, moment)	Prévention	Récupération	Atténuation
Encourager la rotation des IDE pour éviter les enchaînements week-end / lundi et limiter la routine	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- HAS, Guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments », 2013 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments
- OMEDIT Bretagne, boîte à outils « Automatisation de la PDA des formes orales sèches » : <https://www.omeditbretagne.fr/activites-et-thematiques/personnes-agees/boite-a-outils-personne-agee/automatisation-pda-fos/>
- S. Armand-Branger, B. Baune, P. Blouin, G. Vitale, M. Veyrier, Recommandations de bonnes pratiques de préparation des doses à administrer en pharmacie hospitalière à l'aide d'automates de surconditionnement ou d'automates de reconditionnement des formes orales sèches, Pharm Hosp Clin, Vol56 (1), 2021, p98-110, doi:10.1016/j.phclin.2020.08.002
- L. Martinez, V. Bloch, A. Jacob, F. Iskra, H. Barreteau, A. Razurel, Sécurisation de la dispensation individuelle et nominative suite à l'implantation d'un automate de dispensation nominative : cartographie des risques a priori au sein d'une pharmacie à usage intérieur, Ann Pharm Fr, Vol5871(6), 2018, p419-506, doi:10.1016/j.pharma.2018.05.004

