

FR2024-04

Date de parution :

Décembre 2024

Catégorie :

Spécialité

EHPAD

Filière

EHPAD

Population

Personnes âgées

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Erreur d'administration médicamenteuse suite à une erreur de dispensation

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

En EHPAD, la prise en charge médicamenteuse du patient est complexe, notamment par la multiplicité des professionnels inclus dans ce processus. Il est donc primordial que les différents acteurs puissent avoir des moyens de communication sûrs et efficaces entre eux, ainsi qu'une bonne sensibilisation aux enjeux de sécurité autour de cette activité.

La règle des 5B est un outil de sécurisation qui peut être déployé à chaque étape du circuit du médicament :

"Administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, selon la Bonne voie d'administration, au Bon moment."



De quoi s'agit-il ?

Suite à une greffe, un résident de l'EHPAD bénéficie d'un traitement anti-rejet par Prograf® (Tacrolimus)

Une erreur de dispensation de la PUI, suite à un changement de dosage des gélules, a entraîné a minima une erreur d'administration de Prograf®. Un bilan sanguin a été nécessaire pour identifier si l'erreur d'administration a été plus importante et pour vérifier la situation actuelle du patient.

Impact patient :

Majoration du nombre d'actes de soins, absence de conséquences directes de l'erreur de dosage du médicament

ANALYSE SYSTÉMIQUE

Points clés de la chronologie des faits

- **J1** : Le chariot médicaments part de l'EHPAD vers la PUI à 13h pour la réfection des piluliers. La prescription indique 2mg matin et 2mg soir de Prograf® 1mg, soit 2 gélules matin - 2 gélules soir. Suite à un surstock de Prograf® 0,5mg à la PUI, les PPH (préparateurs en pharmacie hospitalière) décident de remplacer les gélules de 1mg par des gélules de 0,5mg. La posologie attendue devient donc 4 gélules matin - 4 gélules soir. Les PPH indiquent ce changement sur le cahier de transmissions IDE/PUI. Lors de la préparation du pilulier par le PPH à la PUI, 8 gélules sont mises à chaque prise à la place de 4. L'erreur n'est pas identifiée lors du double contrôle par l'autre PPH. L'IDE du soir prend connaissance de l'information inscrite dans le cahier de transmission et vérifie que la case du soir corresponde bien à la modification, soit 4 gélules de 0,5mg, sans vérifier les autres cases du pilulier. Afin d'alerter les agents du lendemain, l'IDE met un post-it reprenant les informations du cahier de liaison sur le pilulier du résident.
- **J2** : L'AS du matin, formée et habilitée à l'administration des médicaments, administre 2 gélules de Prograf® 0,5mg (soit une posologie de 1mg au lieu de 2mg) en suivant le plan de soins qui indiquait 2 gélules (n'a pas vu le post-it déposé la veille par l'IDE). Le dosage des deux gélules n'a pas été vérifié. L'IDE en poste le midi s'alerte de retrouver 6 gélules dans la case du matin et contrôle l'ensemble du pilulier en prenant connaissance de l'information transmise dans le cahier de transmission. Il observe alors un double dosage (soit 8 gélules au lieu de 4) dans l'ensemble des cases du matin et du soir de la semaine. Il modifie le pilulier pour correspondre à la prescription (2mg matin – 2mg soir) et remet les gélules excédentaires dans une case vide de la veille. Ayant identifié l'erreur du matin, il donne les 2 gélules manquantes au résident lors de l'administration du midi.
- **De J2 à J8** : La prescription et le plan d'administration ne sont pas modifiés mais la bonne dose est bien administrée par l'ensemble des professionnels (4 gélules par prise – sauf peut-être une prise).
- **J8** : Le chariot médicaments part à 13h à la PUI pour la réfection des piluliers. Il est retrouvé 52 gélules excédentaires dans la première case au lieu des 56 gélules attendues (4x14). Il est supposé une erreur d'administration à 8 gélules lors d'une prise de la semaine. La PUI alerte alors la cadre du service à 16h en indiquant que toutes les administrations sont validées sur le DPI.
- **J9** : La cadre du service interroge les professionnels présents pour réunir les éléments de réponse et s'assurer que le résident a bien eu son traitement.
- **J10** : La cadre souhaite lever le doute sur une potentielle non administration du traitement pendant 6 jours et alerte le médecin. Le médecin prescrit un dosage sanguin.
- **J11** : Le bilan sanguin est réalisé et les résultats reviennent le jour même : le dosage est conforme à ce qui est attendu, le médicament a bien été administré le reste de la semaine. Il est noté qu'une modification de dosage sur une prise ne serait pas identifiable sur un bilan sanguin plusieurs jours après.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de préparation de pilulier par la PUI
- Erreur(s) d'administration

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Le résident n'est pas en capacité d'analyser son traitement.
Individu (soignant)	L'IDE du soir est habituellement en poste sur un autre étage et connaît mal ces résidents et leur traitement.
Équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs défauts d'alerte : * PPH auprès des pharmaciens ou auprès du médecin prescripteur pour régularisation de la prescription après la modification de la dispensation, * AS du matin auprès du reste de l'équipe après avoir donné 2 gélules sur 4, * IDE du matin après découverte de l'erreur (PUI / cadre / médecin prescripteur). - Par habitude, les traitements en trop sur un semainier ne sont pas communiqués à la PUI en direct, seuls les manques sont communiqués pour régularisation.
Tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de soin et pilulier différents, prescription non régularisée. - Non réfection du pilulier au regard des informations transmises dans le cahier de transmission IDE/PUI le premier jour. - Absence de détection de l'erreur lors du double contrôle effectué à la PUI.
Environnement de travail	Plan de soins du DPI ne permettant pas de vérifier la posologie globale (4 gélules de 0,5mg mais non indiqué 2mg).
Organisation Management	L'IDE du matin administre les médicaments dans 2 unités sur 3. En fonction du planning et des habilitations, l'unité où l'AS distribue les médicaments varie.
Contexte institutionnel	Volonté de vider le stock de Prograf® 0,5mg pour éviter la perte.

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	<ul style="list-style-type: none"> Consultation du cahier de transmission d'information entre service et PUI et correction du contenu du pilulier. Alerte de la PUI au retour du pilulier avec un reliquat de 52 gélules.
Atténuation	Dosage sanguin pour vérifier si le traitement a bien été administré.

Perception du caractère évitable par les professionnels





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

Systematiser la régularisation par la PUI dès que possible du plan de soins lors d'un changement de dosage d'un traitement (même pour un changement court).	Prévention	Récupération	Atténuation
Systematiser une réflexion concertée avant d'effectuer une modification de dosage.	Prévention	Récupération	Atténuation
Revoir les modalités d'alerte sur le DPI lors d'un changement de dosage.	Prévention	Récupération	Atténuation
Systematiser le contrôle pilulier pour 24h le soir du retour du chariot par l'IDE du soir.	Prévention	Récupération	Atténuation
Rappeler la nécessité de prise de connaissance des informations du cahier de liaison IDE/PUI.	Prévention	Récupération	Atténuation
Poursuivre la sensibilisation des professionnels à l'administration au regard du plan de soins.	Prévention	Récupération	Atténuation
Sensibiliser les professionnels à la nécessité des transmissions d'information entre service de soins et services support lors des réunions d'équipes.	Prévention	Récupération	Atténuation
Mettre en place des rencontres sécurité sur les différents secteurs de soins (1/an/service).	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- ARS et OMEDIT Normandie, Guide « Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD », 2022 : https://www.omedit-normandie.fr/media-files/34296/livret-ehpad_2022-2-.pdf
- OMEDIT Centre, Fiche INF'OMÉDIT « Focus sur le Tacrolimus voie orale », 2023 : http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/3607/4888/11591.pdf
- HAS, Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments", 2013 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/guide-outils-de-securisation-et-d-auto-evaluation-de-l-administration-des-medicaments

