

Fiche RETEX – Challenge FORAP

Sécurisation du rangement des injectables à risque



Thématique

Évènement porteur de risque (EPR) :
**Risque d'erreur d'administration
médicamenteuse avec un injectable à
risque**

Catégorie

Sanitaire SSR

Résumé de l'EIAS

Cet EIAS concerne une erreur de rangement d'un injectable à risque dans une armoire à pharmacie. Cette situation, détectée et récupérée à temps par les soignants, aurait pu entraîner une erreur d'administration médicamenteuse avec des conséquences graves.

A l'occasion de la journée mondiale de la sécurité des patients du 17 septembre 2021, la FORAP (fédération de l'ensemble des structures régionales d'appui) a proposé un challenge ouvert à l'ensemble des professionnels de santé du territoire national.

La SRA Grand Est a décliné ce challenge en région. A travers cette fiche RETEX est présenté un évènement sélectionné et analysé par un établissement participant dans le Grand Est. Un grand merci pour leur mobilisation !

Chronologie des faits

J-0

Une prescription anticipée de potassium (KCl) en intraveineux (*1 ampoule de KCl dans une poche de 500cc de Glucidion toutes les 12 heures pendant 2 jours*) est faite par le médecin du service pour une patiente en hypokaliémie à 2,80 mmol/L.

Les ampoules de KCl injectables ne font pas partie de la dotation du service et ne peuvent pas être commandées dans l'immédiat à la Pharmacie à usage intérieur de l'établissement car les horaires ouverts sont dépassés. Une ampoule de dépannage est donc récupérée dans un autre service de l'établissement, sans appel au pharmacien.

Selon les consignes du prescripteur, l'IDE attend sa validation avant l'administration. Après réévaluation de la situation, le médecin suspend finalement l'administration 30 minutes après sa prescription initiale. L'absence d'administration est tracée sans préciser le motif et l'ampoule de KCl injectable est rangée dans l'armoire de médicaments du service.

J+1

Les résultats de la kaliémie corrigée montrent une normo-kaliémie à 3,07 mmol/L et l'annulation de la prescription fait l'objet d'une validation pharmaceutique.

J+30

Lors de la vérification de l'armoire de médicaments par le préparateur en pharmacie référent du service, celui-ci découvre l'ampoule de KCl dans le casier des ampoules de chlorure de sodium (NaCl). Il récupère l'ampoule et rédige une déclaration d'évènement indésirable associé aux soins sur le logiciel interne de l'établissement.

Pourquoi est-ce un EPR ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Cet évènement est associé aux soins, car il est lié aux étapes de dispensation et d'administration du circuit de gestion des médicaments.	
L'évènement ne présente pas de critère de gravité car il a été détecté et récupéré avant que l'ampoule ne soit administrée par erreur à un autre patient : il s'agit donc bien d'un « presque-accident » ou évènement porteur de risque (EPR)	Méthode ORION

Causes immédiates identifiées

- Erreur de rangement d'une ampoule d'injectable dans les suites de sa non-administration

Que s'est-il passé ?

Facteurs contributifs et influents

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Réévaluation rapide d'une prescription
- Pas d'appel au pharmacien d'astreinte dans l'enchaînement rapide d'invalidation de la prescription

Facteurs liés à l'équipe

- Absence d'information écrite sur le motif de non-administration
- Pas de transmission écrite sur la modification de prescription

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Traçabilité du motif de non-administration non obligatoire dans le logiciel de planification de soins

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Vérification partielle de l'armoire à médicament du service par manque de temps : il faut 4 passages du préparateur pour une vérification complète de l'ensemble de l'armoire
- Pas d'appel au pharmacien d'astreinte pour une demande de médicament hors dotation comme le prévoit la procédure

Facteurs liés aux organisations définies

- Médicament hors dotation du service
- Pharmacie à usage intérieur fermée après 17h

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Révision du planning d'inspection des armoires à pharmacie des services de soins par le préparateur en pharmacie référent, en prévoyant de commencer par les injectables et les produits thermosensibles
2. Rendre obligatoire la partie "Commentaires" lors de la traçabilité de la non-administration d'un médicament sur le logiciel de planification des soins
3. Prévoir un "mémo" dans le logiciel de dispensation des médicaments lorsqu'un produit normalement non-détenu en stock est récupéré dans un autre service
4. Éducation pédagogique flash et active des professionnels concernant les Never Events afin que tout évènement concernant un médicament à haut risque soit détecté et analysé rapidement avec la méthode ORION. Cette sensibilisation sera incluse dans la formation socle

