

Auteur(s) : Ayachi H.*(1) ; Raye C. (1) ; Levillain JP. (1) ; Benhammouda A (2) ; Frigui L(3); Azaiez N (4);
Pharmacie SIH Centre Yonne(1), Centre hospitalier Joigny, Responsable APP(2) ; RSMQ (3) ; CGDR(4)

Contexte : Suite à une déclaration d'événement indésirable en gériatrie mettant en cause l'administration d'un mauvais dosage de médicament, un groupe pluridisciplinaire s'est réuni afin d'analyser les causes de cette erreur, et d'en tirer des actions correctives adéquates.

Objectif : Mettre en évidence, à partir de cette analyse, l'importance de l'identification des médicaments garantissant la sécurité d'administration au patient.

Patients et Méthodes : EHPAD de 160 lits.
A la PUI, Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative manuelle,
Reconditionnement des formes orales sèches sans blisters.

Analyse par la
Méthode ORION

Incident survenu

Au niveau de la PUI

- *erreur de rangement du médicament
- *blisters découpés non identifiables pour l'armoire tampon
- *double contrôle des piluliers non réalisé

Au niveau du service

- * non vérification des piluliers,
- * blisters découpés non identifiables,
- * administration sans lecture préalable du plan de soins,
- * traçabilité d'administration non enregistrée en temps réel

Facteurs contributifs

- *sous-effectif du personnel soignant
- *un jour férié

Administration de PRAMEPIXOLE LP 0.26 mg au lieu de PRAMEPIXOLE 0.18 mg, 3x/j durant 3 j.

Actions correctives

La présence de blisters découpés non identifiables dans les piluliers a donné lieu à une action prioritaire :
Mettre en place un sur-étiquetage des blisters non unitaires.

Conclusion : L'action prioritaire à mettre en oeuvre est l'identification des blisters non unitaires par un sur-étiquetage. Pour cela, l'acquisition d'un logiciel de sur-étiquetage pour notre PUI est indispensable. Une évaluation de l'impact de cette action sur les erreurs d'administration fera l'objet d'une EPP.