

SECURISER L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Maîtriser les risques pour le patient

AVERTISSEMENT : cet article a été rédigé en janvier 2005 et n'a jamais été publié. Par contre, il a servi d'exemple de démarche qualité infirmière dans de nombreuses formations sur le circuit du médicament que j'ai animées et a inspiré plusieurs pharmaciens dans la mise en place de la dispensation nominative. Entre-temps, l'environnement réglementaire et normatif a évolué (CBU, certification V2), mais la démarche présentée dans cet article reste d'actualité, d'autant plus que le déploiement de la dispensation à délivrance nominative ne se fait pas au même rythme partout et selon la même organisation.. Le lecteur pourra donc y puiser ce qu'il désire pour avancer dans sa réflexion.

Philippe Rabiller – janvier 2007

Marie-Madeleine Braud : Cadre de santé ER à Saverne (Bas-Rhin)

Philippe Rabiller : Consultant qualité à Sanary sur Mer (Var)

La nouvelle version du manuel d'accréditation fait de la gestion des risques un des thèmes majeurs pour la qualité de la prise en charge globale des patients.

Parmi ces risques, le risque iatrogène médicamenteux évitable est sans doute un des plus courants puisqu'il touche au moins 10%¹ des patients hospitalisés, mais malheureusement, bien que connu des professionnels, il commence aujourd'hui, à peine à être pris en compte, notamment au travers des Contrats de Bon Usage et de l'accréditation². Les événements indésirables sont pointés par le CCECAQ et l'Anaes³, par la CNAM⁴ et régulièrement dénoncés dans les alertes sanitaires de l'AFSAPS.

Le présent article a pour ambition de démontrer, par l'exemple, que des pratiques courantes et admises par défaut dans les établissements de santé, peuvent avoir des conséquences dramatiques pour les patients, et comment, grâce à une démarche de gestion des risques basée sur l'exploitation collective des incidents, il est possible de réduire ces risques et de sécuriser le circuit du médicament.

L'événement indésirable déclencheur de la démarche.

Le circuit du médicament est un système de processus regroupant la prescription, l'analyse pharmaceutique des ordonnances, la délivrance, la préparation et l'administration des médicaments. Tout le circuit doit être construit pour obtenir la meilleure prise en charge pharmaco thérapeutique possible du patient. Toute défaillance, tout écart par rapport aux référentiels réglementaires et normatifs, est susceptible d'entraîner un accident thérapeutique médicamenteux.

Dans le circuit, l'administration au patient est un processus particulièrement à risques, d'abord parce qu'après lui, le médicament est pris, ensuite parce qu'il cumule toutes les défaillances des processus précédents, enfin, parce que les soignants travaillent souvent dans l'urgence avec des équipements mal adaptés.

¹ Source Anaes

² Référence 36a – manuel d'accréditation version 2004.

³ Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé – Anaes 2004

⁴ CNAM – faits marquants 2004

Avant l'administration, l'infirmière doit réglementairement pouvoir vérifier le produit et l'identité du patient au regard de la prescription médicale⁵. Dans les faits, ce n'est pas toujours le cas, comme en témoigne l'incident survenu dans un service de médecine.

A une patiente souffrant d'hypertension, le médecin prescrivit un hypotenseur à 10mg matin et soir. Mais l'infirmière, croyant avoir sous les yeux des comprimés dosés à 5mg, administra 2 comprimés dosés en réalité à 10mg. La patiente fit une hypotension sévère de plusieurs heures et déclara une hémiparésie provoquant une chute. Prévenu, le médecin prit immédiatement les mesures correctrices adaptées et la patiente n'eut que quelques ecchymoses ; son hémiparésie régressa après quelques heures.

Cet incident, qui aurait pu avoir des conséquences dramatiques, fut à l'origine d'une démarche globale d'analyse qui mit en évidence les défaillances dans l'organisation de la délivrance des médicaments.

Les causes de l'événement indésirable.

Le service de médecine dans lequel s'est produit l'incident comporte 56 lits répartis sur deux unités qui totalisent environ 17 000 journées d'hospitalisation pour une DMS de 6,3 jours). Les infirmières disposent, dans chaque unité, d'une armoire à partir de laquelle elles préparent les doses des médicaments prescrits.



Figure 1 : impossibilité de lire le nom du produit après découpage

Les doses données aux heures de repas sont préparées chaque jour pour 24h par prise horaire dans des piluliers identifiés au nom du patient, ce qui nécessite généralement le découpage des blisters contenant les formes orales. Le problème est que le découpage des blisters ne permet généralement plus la lecture du nom et du dosage du médicament, comme on peut le voir sur la Figure 1. De plus, pendant la préparation, l'infirmière est très sollicitée par le

téléphone, les familles et les autres acteurs, ce qui augmente les risques d'erreurs.

La solution mise en oeuvre.

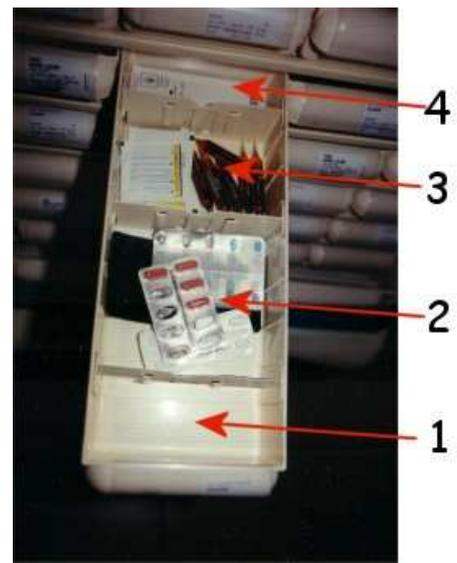


La solution, imaginée par l'équipe de soins, devait avoir pour but de maintenir la lisibilité du nom et du dosage sur le produit jusqu'à l'administration. Elle a nécessité la réorganisation du travail infirmier et l'acquisition de 2 chariots d'administration par unité comportant un tiroir par patient (Figure 2), de telle sorte que la distribution des médicaments puisse se faire proche des repas en moins de 20 minutes.

Un nouveau chariot d'administration.

Chaque tiroir est divisé en 4 compartiments (Figure 3):

- Le 1er compartiment reçoit les blisters



⁵ Article 8 – arrêté du 31 mars 1999

ampoules ou sachets à renouveler.

- Le 2ème compartiment contient 1 blister de chaque médicament prescrit
 - Le 3ème compartiment contient les sachets, ampoules buvables, collyre, gouttes pour environ quatre jours.
 - Le 4ème compartiment reçoit la réserve des médicaments hors dotation prescrits au patient.

Figure 2 : chariot d'administration avec un tiroir par patient

Une nouvelle organisation.

L'infirmière prépare ou modifie le chariot selon les changements de prescription à partir de l'armoire du service. A chaque distribution, elle apporte le chariot à la porte de la chambre. Elle prélève les médicaments au regard de la prescription et, selon le degré d'autonomie de la personne, aide le patient à la prise.

Lorsqu'un blister est vide ou qu'il ne contient plus suffisamment de produit pour la distribution suivante, il est placé dans le 1er compartiment qui reçoit également le dernier sachet ou la dernière ampoule disponible.

Figure 3 : Tiroir patient à 4 compartiments

Les résultats.

Pour que la démarche qualité soit complète, il convenait d'apprécier objectivement l'efficacité de la nouvelle organisation.

Pour cela, les indicateurs suivants ont été mesurés.

La fréquence des erreurs détectées avant administration.

Quand les blisters sont découpés, la plupart des produits n'étant pas en présentation unitaire, il est impossible pour l'infirmière d'identifier le médicament avant administration. La solution mise en œuvre rend le contrôle à nouveau possible. La mesure, a ainsi permis de relever 32 spécialités non prescrites dans les tiroirs, essentiellement liées à des arrêts de prescription et qui ont toutes été détectées avant l'administration, ce qui confirme l'absolue nécessité de conserver jusqu'au bout l'intégrité du conditionnement.

La fréquence des erreurs d'administration.

A priori, la possibilité pour l'infirmière d'identifier le produit avant l'administration devrait constituer un moyen sûr de prévention des risques d'erreurs. Pour confirmer cela, une mesure a été réalisée pendant 8 jours. Sur 2 253 doses administrées, 2 erreurs ont été relevées :

- La première erreur était liée à la mauvaise qualité du document de prescription (document manuscrit).
- La seconde concernait une heure d'administration non conforme à la prescription.

Le temps de travail infirmier.

Un des risques de la nouvelle organisation pouvait être l'augmentation de la charge de travail des infirmières. Une mesure sur 7 jours dans le service de médecine et dans un service témoin comparable a démontré que la nouvelle organisation permet de gagner un temps précieux. La préparation des doses s'avère 6 fois plus rapide (de 3mn à 30s par patient) et la durée de la distribution reste stable contrairement à ce que l'on pouvait supposer.

Le gain de temps à la préparation des doses provient du fait que de retour en salle de soins, l'infirmière complète le chariot en vérifiant uniquement les premiers compartiments des tiroirs. Ce temps gagné a permis de supporter temporairement l'augmentation d'activité du service (chimiothérapies de patients ambulants).

Par ailleurs, d'autres résultats très positifs ont été obtenus alors qu'ils n'étaient pas initialement recherchés :

- Sur les commandes pharmacie.
Au moment du réassort des tiroirs, les emballages vides sont mis dans un panier dont il suffit de faire l'inventaire pour connaître les produits à commander.
- Sur la sécurité du rangement dans l'armoire.
L'armoire ne contient plus que des produits de la dotation. Les produits hors de la dotation étant directement rangés dans le 4ème compartiment de chaque patient, ils sont directement retournés à la pharmacie au départ de celui-ci.

Conclusion

Cette expérience permet de tirer plusieurs leçons :

Spécifiquement d'abord :

- Sécuriser l'administration est toujours possible, et doit être entrepris pour augmenter la sécurité des patients.
- Il n'y a jamais de solution miracle ni de qualité absolue. L'objectif de la démarche de prévention des risques est de trouver le meilleur compromis et au moins de s'interroger sur nos pratiques professionnelles. Ainsi la nouvelle organisation n'évite pas l'erreur de prélèvement dans le tiroir du patient.
- Les solutions passent souvent par l'investissement dans des équipements plus adaptés aux contraintes des acteurs pour lesquels il n'y a pas de « retour sur investissement » si ce n'est une meilleure prévention des risques difficilement appréciable en termes pécuniaires.
- Par contre, améliorer l'ergonomie permet de sécuriser un processus et de dégager du temps.
- Dans notre exemple, une solution a été trouvée qui n'implique que les soignants, mais d'autres possibilités existent orientées vers une préparation par la pharmacie (dispensation à délivrance nominative).
- Réorganiser le circuit du médicament, par exemple dans le sens d'un transfert de tâches vers la pharmacie, ne peut se faire qu'avec une analyse préalable de l'organisation du travail et des contraintes de tous les acteurs du circuit.

Plus généralement enfin :

- Une démarche de progrès basée sur le recueil et l'exploitation des incidents est un puissant outil de prévention des risques, à condition d'en acquérir la culture.
- Les acteurs, confrontés à des problèmes quotidiens sont les mieux à même d'en trouver les solutions les plus appropriées, à condition de leur laisser l'initiative et de les former aux méthodes.