

Fiche RETEX

Double administration d'anticoagulants en EHPAD



Mars 2023

Thématique

Administration de deux traitements anticoagulants pour un même résident en EHPAD

Catégorie

Établissement médico-social : EHPAD

Résumé de l'événement indésirable

Après un séjour en SSR, un résident de 89 ans revient dans son EHPAD. Il reçoit un double traitement d'anticoagulants pendant 10 jours.

Devant l'aggravation de son état clinique, le résident est hospitalisé en urgence et décède 10 jours plus tard.

Chronologie des faits

Après un séjour en SSR, un résident est transféré dans l'EHPAD où il réside. Son traitement de sortie comprend un anticoagulant antivitaminé K (AVK), la fluindione (PREVISCAN®). Ce traitement équilibré lors du séjour ne nécessite pas de contrôle de la coagulation (INR : International Normalized Ratio) dans l'immédiat.

8 jours plus tard, son médecin traitant remplace la fluindione (PREVISCAN®) par de l'apixaban (ELIQUIS®) sans mentionner l'arrêt du PREVISCAN® sur la prescription. La prescription est réalisée sur le logiciel de prescription de son cabinet. L'ordonnance est transmise à la pharmacie d'officine le jour même. Le médecin informe oralement l'infirmière en poste de ce changement, mais celle-ci ne formalise pas le relais par ELIQUIS® sur les documents de traçabilité, ni dans la partie "observations" du logiciel de soins. Le traitement par ELIQUIS® débute le lendemain.

A l'EHPAD, les médicaments sont délivrés nominativement par le pharmacien d'officine sous forme de doses à administrer à l'exception de certains médicaments, dont les AVK. Cette préparation des doses à administrer (PDA) est réalisée pour 28 jours dans un pilulier mono-médicament (un médicament par alvéole) avec le dispositif MEDISSIMO. Ainsi, ELIQUIS® a été bien délivré dans la PDA. Lors de la délivrance d'ELIQUIS®, le pharmacien note l'arrêt de PREVISCAN® dans le plan de traitement qu'il réalise et transmet en même temps que le traitement nominatif du résident.

En revanche, le PREVISCAN® (AVK) nécessite une adaptation de la posologie à l'INR et n'est donc pas délivré dans la PDA. Le traitement de PREVISCAN® avait été délivré lors de la sortie de SSR. Ce sont les IDE qui préparent les médicaments à ajouter à la PDA au regard d'un document papier "de préparation".

Le résident étant en chambre pour ses repas, ce sont des aides-soignantes et des agents de service hôtelier qui réalisent l'aide à la prise des médicaments.

Une semaine après le début du traitement par ELIQUIS®, suite à l'apparition d'un hématome de taille importante au niveau de la cuisse, l'IDE contacte le médecin traitant qui prescrit un bilan sanguin et une radiographie. Trois jours plus tard, le bilan sanguin du résident montre un INR très élevé. Devant ce tableau clinique et biologique inquiétant, il est hospitalisé en urgence. L'infirmière prépare les prescriptions médicales en vue du transfert vers l'hôpital et constate la double administration de PREVISCAN® et d'ELIQUIS® sur les 10 derniers jours. Elle prévient l'hôpital. Malgré cette prise en charge en urgence, le résident décèdera 10 jours après son admission en centre hospitalier.

Est-ce un EIGS ?

Méthodologie de la recherche des causes profondes

Il s'agit bien d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) puisque l'évènement est inattendu, lié au traitement médicamenteux du résident, et a conduit à son décès.

Méthode ALARM

Cause immédiate identifiée

- Administration de 2 anticoagulants pendant 10 jours

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Pas de prescription dans le dossier patient informatisé de l'établissement mais uniquement dans le logiciel du cabinet du médecin libéral
- Délivrance des médicaments selon 2 modalités différentes : PREVISCAN® hors PDA et ELIQUIS® dans la PDA
- Défaut de vérification par l'IDE du plan de traitement réalisé par le pharmacien à la de la PDA avec les prescriptions
- Défaut de traçabilité des administrations de médicaments

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Utilisation de supports multiples d'information à plusieurs étapes du circuit (prescription, dispensation, administration)
- Pas d'interopérabilité entre le dossier patient informatisé de l'établissement et les logiciels d'aide à la prescription des médecins traitants des résidents
- Dysfonctionnement des tablettes permettant de réaliser la traçabilité des actes
- Sous-effectif en IDE

Facteurs liés à l'équipe

- Pas de vision de l'ensemble du traitement par les IDE car les médicaments en PDA sont déblistérés par les aides soignantes (AS) et les ajouts de médicaments hors PDA sont réalisés par l'IDE
- Délégation de l'aide à la prise médicamenteuse aux AS dans le cadre des actes de la vie quotidienne pour les résidents en chambre
- Manque de communication et de transmissions écrites lors du changement de prescription

Enseignements : Actions d'amélioration

1. S'assurer que tous les médecins traitants utilisent le dossier patient informatisé de l'établissement pour réaliser leurs prescriptions.

2. Utiliser un support unique pour toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse de la prescription à l'administration, accessible à tous les professionnels concernés. En cas de défaut de prescription dans le logiciel de l'établissement, le plan de traitement édité par le pharmacien qui reprend l'ensemble des prescriptions sera utilisé pour assurer la traçabilité de l'administration.

3. Optimiser la transmission de l'information entre professionnels (médecin, IDE, AS, pharmacien).

4. Sécuriser les modalités de préparations des médicaments par les IDE.

5. Mettre en place des formations spécifiques aux IDE et médecins concernant la sécurisation du circuit du médicament.

6. Partager le retour d'expérience avec le pharmacien d'officine.

Les points clé de la prise médicamenteuse en EHPAD

(retrouvez l'intégralité du document sur le site de l'OMEDIT Grand Est en cliquant ici)

Prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Une implication pluridisciplinaire au bénéfice du résident

1 - Prescription

- Support unique papier ou informatisé pour l'ensemble du traitement, utilisé jusqu'à l'administration.
- Prescription lisible, datée, signée par le médecin → Pas de prescription orale. → Pas de retranscription.
- Réévaluation régulière des prescriptions (à l'entrée du résident, pour tout événement intercurrent, à minima tous les 6 mois).
- Prescription sur la base d'une liste préférentielle des médicaments utilisés dans l'établissement tenant compte des médicaments inappropriés chez la personne âgée et des bonnes pratiques en gériatrie.
- Mise en place de protocoles thérapeutiques validés par tous les prescripteurs et réévalués régulièrement (douleurs, escarres...).



Libre choix du résident pour son médecin et pharmacien

2 - Dispensation

- Etapes de l'acte de dispensation :
 - Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale : connaissance de l'intégralité du traitement (intérêt du dossier pharmaceutique) et des antécédents du patient (IR, diabète...).
 - Préparation éventuelle des doses à administrer (PDA) : approche individuelle et non systématique sur prescription médicale.
 - Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament (intervention du pharmacien auprès de l'équipe soignante et/ou du résident).
 - Délivrance des médicaments : privilégier les présentations unitaires = identification du médicament jusqu'à l'administration.
- Transport des médicaments : sachet scellé, opaque, nominatif, sécurisé, dans le respect des conditions de conservation des médicaments (température...).
- Réception sécurisée des médicaments par des personnes habilitées et identifiées au sein de l'EHPAD.
- Convention entre officine du résident & EHPAD.

PDA systématique par le pharmacien : absence de textes réglementaires autorisant cette activité.

5 - Administration

- Médicaments injectables ou nécessitant une qualification =
 - médicats ou IDE
- Autres médicaments =
 - IDE ou AS sous responsabilité IDE > A PRIVILEGIER
 - Aider si acte de la vie courante + pas de difficulté d'administration + pas d'apprentissage particulier : nécessite un protocole de soins.
- Formation, informations et modes opératoires adaptés.
- Vérification au regard de la prescription = Règle des 5B = Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie d'administration, Bon moment.
- Pas de mélange ; Pas de modification de la présentation des médicaments

(broyage des comprimés, ouverture des gélules...) sans avis pharmaceutique ou médical (listes à disposition et réalisation extemporanée). → Risque d'inefficacité des médicaments et de toxicité.

- Enregistrement de la prise effective des traitements : date, heure, identité de la personne ayant assuré l'administration ; Retour d'informations au prescripteur (ex : refus de prise, effets indésirables, problème d'absorption, déglutition...).
- Surveillance des résidents après la prise (allergies, intolérances...) et éventuelle déclaration de pharmacovigilance.

- Cas particulier : Gestion de son traitement par le résident
 - décision médicale enregistrée dans le dossier,
 - réévaluation régulière de sa capacité par médecin + équipe soignante,
 - surveillance et traçabilité de chaque événement (évaluation, prises, effets indésirables, modalités de détention...).
 - pas d'automédication (risque pour le résident).



4 - Préparation

- Activité nécessitant une attention particulière : NE PAS ÊTRE DÉRANGÉ !
- Rôle propre des IDE.
- Zone dédiée et adaptée ; Respect des conditions d'hygiène (locaux, piluliers, chariots...).
- Réalisée à partir de la prescription médicale (pas de retranscription).
- Identification des piluliers et tout autre contenant par : nom & prénom à minima + date de naissance, n° de chambre, photo...
- Identification du médicament jusqu'à l'administration (nom, dosage, péremption, n° de lot) → Pas de déconditionnement à l'avance.
- Privilégier une préparation limitée à une semaine.
- Préparation des formes multidoses et liquides de façon extemporanée (gouttes, sirops...) ; Pas de mélange.

3 - Stockage Détenion

- Séparation :
 - Des traitements nominatifs des résidents : casier nominatif.
 - De l'éventuel stock pour soins urgents :
 - liste définie et restreinte (qualitative et quantitative),
 - réapprovisionnement sur commande du médecin coordonnateur auprès d'une officine sur convention : INTERDIT de réintégrer les Médicaments Non Utilisés par le résident (MNU).
- Respect des règles de :
 - Securisation :
 - locaux et dispositifs de rangement (armoires, chariots...) dédits et fermés,
 - accès limité aux personnes habilitées.
 - attention aux conditions particulières de détention des stupéfiants, bouteilles d'oxygène, produits inflammables ...
 - Hygiène : nettoyage régulier.

- Conservation :
 - abri de la lumière
 - températures adaptées des locaux et réfrigérateurs (contrôles journaliers, dégivrages réguliers, en cas de dysfonctionnement évaluer la possibilité d'utiliser les médicaments).
- Bonne gestion :
 - contrôle à la réception par IDE de l'adéquation entre les médicaments prescrits et les médicaments délivrés,
 - concernant le stock pour soins urgents, contrôle régulier des quantités et péremptions ; Vérification des retraits de lots ; Maintien de l'identification des médicaments jusqu'à l'administration (pas de déconditionnement),
 - gestion du stock - premier périmé, premier sorti ...
 - pour les conditionnements multi doses, apposer le nom du résident et date d'ouverture
 - pas d'utilisation des MNU → retour à la pharmacie pour destruction.



Quid du Bon Usage des anticoagulants ?

- [Les anticoagulants oraux \(HAS\)](#)
- [Recommandations pour les relais de traitements anticoagulants \(OMEDIT Pays-de-Loire\)](#)
- [Switch des anticoagulants \(Thrombolic\)](#)
- [Prévenir les erreurs liées aux médicaments anticoagulants oraux directs \(OMEDIT Centre-Val-de-Loire\)](#)