

Fiche RETEX

Erreur médicamenteuse



N°7 • Octobre 2021



Thématique

**Programmation d'une pompe PCA
(Analgésie Contrôlée par le Patient)**

Catégorie

Établissement sanitaire : HAD

Résumé de l'EIGS

Dans le cadre d'une prise en charge en HAD pour un cancer métastatique, une patiente de 60 ans dispose d'un traitement antalgique par Oxycodone en PCA (analgésie contrôlée par le patient).

Lors du changement de cassette de la pompe PCA, la programmation erronée du dispositif conduit à un surdosage. La patiente est transférée aux urgences, son pronostic vital est engagé.

Chronologie des faits

Le lundi matin à 11h, l'IDE de l'HAD se rend au domicile de Mme X pour surveillance et changement de la cassette d'Oxycodone 1000mg/100ml de la pompe PCA.

La pompe en place ayant un problème de remise à zéro des données, l'IDE décide de se servir d'une seconde pompe qui avait été mise en place exceptionnellement le week-end précédent pour un autre médicament (LARGACTIL).

Après prise des paramètres vers 12h, la programmation de la pompe est réalisée selon la prescription médicale rédigée en milligrammes (mg) soit 2,3mg/h.

La seconde pompe est identique à la première, cependant elle a été utilisée pour une prescription médicale exceptionnelle et un dosage spécifique. L'IDE ne se rend pas compte que le dispositif est programmé en millilitres et non en milligrammes sachant que le paramétrage des pompes par défaut est effectué en mg. Le modèle de pompe est bien connu de l'IDE.

A 20h, devant l'altération de l'état de la patiente, la famille contacte l'IDE de garde.

A 21h, l'IDE de garde intervient et arrête la pompe. Un bilan est réalisé et le médecin de garde est appelé.

A 23h, la décision de transférer la patiente vers les urgences est prise. Elle présente un surdosage d'Oxycodone. Une insuffisance hépatique est diagnostiquée en lien avec l'évolution de sa maladie.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car c'est un événement inattendu mettant en jeu le pronostic vital de la patiente.	Méthode ORION

Causes immédiates identifiées

- Défaillance d'une pompe PCA
- Erreur de programmation d'une seconde pompe PCA
- Utilisation de deux pompes PCA ayant un paramétrage différent

Que s'est-il passé ?

Facteurs contributifs

Facteurs humains

- Défaut de vigilance concernant un geste habituel et fréquent

Facteurs organisationnels

- Paramétrage des pompes PCA en mg par défaut

Facteurs travail

- Défaut de transmission d'informations des soins réalisés au domicile entre IDE intervenant (changement de paramétrage de la PCA)

Facteurs techniques

- Défaillance d'une pompe PCA
- Présence d'une seconde pompe PCA avec un paramétrage différent

Enseignements : Actions d'améliorations

1. Coordonner la périodicité et les modalités de contrôle du matériel
2. Formaliser une procédure en cas de matériel défaillant
3. Sensibiliser l'ensemble de l'équipe au respect des étapes clés de la mise en route d'une pompe PCA, notamment à la vérification de la concordance des unités de dosage.
4. Réaliser une évaluation avec une mise en situation afin de valider la prise de connaissance et l'aptitude à paramétrer le dispositif PCA
5. Réévaluer les connaissances tous les 6 mois pour l'ensemble de l'équipe et mettre en place une formation dédiée à cette problématique aux nouveaux arrivants
6. Suivre une check-list lors de la préparation et la programmation de chaque PCA
7. Réaliser un double contrôle à voix haute lors de la préparation et la programmation de la PCA

Peut-on parler d'un Never Event ?

Les Never Events sont des événements indésirables graves évitables qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Ces erreurs ont été identifiées par le ministère de la santé et l'ANSM comme des événements qui ne devraient jamais arriver.

L'annexe III de la circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, liste comme actions prioritaires, les douze événements « qui ne devraient jamais arriver » :

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation sont à risque
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors oncologie)
- Erreur d'administration des anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- **Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)**
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (exemple : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie.

Outils disponibles

E-LEARNING

- ✓ **Omédit Bretagne** : Prévenir les erreurs de préparation et d'administration d'un médicament en seringue électrique (2015)
https://www.omeditbretagne.fr/omeditelearning/PSE2/SCO_0001/

- ✓ **Omédit Centre**
 - **Calculs de dose – Fondamentaux (2018) et Approfondissements (2019)**
http://www.omedit-centre.fr/calcul2dose/co/module_Calculs_de_dose_1_Notions_de_Base.html
http://www.omedit-centre.fr/Calculsdedose2_web_gen_web/co/module_Calculs_de_dose_2.html
 - **Bonnes pratiques de perfusion : la règle des 5B (2014)**
http://www.omedit-centre.fr/1_5B_HAS_web_1.1_web/co/module_5B_HAS.html

AUTRES

- ✓ **Omédit Bretagne** : Never Events dispositifs d'administration : synthèse des mesures barrières existantes (2015)
<https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2019/11/Dispositifs-dadministrations-synthe%CC%80se-des-mesures-barrie%CC%80res-existantes-V4.pdf>

- ✓ **Omédit Centre** : Fiche mémo calculs de dose (2018)
http://www.omedit-centre.fr/calcul2dose/res/Fiche_Memo.pdf

- ✓ **Omédit Grand Est** : Préconisations d'étiquetage des pousse-seringues électriques (2019)
<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/never-events-0>
(Paragraphe « Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques... »)

- ✓ **Omédit Normandie** : Outil de sensibilisation aux Never Events (2015)
http://www.omedit-normandie.fr/media-files/7727/never_events_version_decembre_2015-4420.pdf