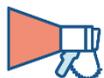


Gestion des multidoses et pipettes



Quelle problématique ?

Risque de confusions et erreurs d'administration liées au circuit des médicaments sous forme buvable multidose.



Quels produits de santé ?

- Forme buvable (sirop, suspension buvable...)
- Flacons multidoses

Cas clinique



Qui ?

Enfant de 1 an (10kg)
Admis pour une bronchiolite



Quoi ?

TERCIAN® (Cyamémazine)
40mg/ml buvable
CELESTENE® (Bétaméthasone)
0.05% buvable



Où et quand ?

Service de Pédiatrie
Prise des médicaments dans la chambre du patient



Pourquoi ?

Enfant de 1 an admis dans le service de Pédiatrie pour une bronchiolite évoluant depuis 3 jours. Le médecin prescrit de CELESTENE® (Bétaméthasone) 0,05 % en gouttes buvables : 120 gouttes par jour. Dans le service, sont hospitalisés au même moment plusieurs patients pour des bronchiolites mais également des adolescents pour prise en charge pédo-psychiatrique. Lors de l'administration, l'IDE se rend dans la chambre du patient pour la prise du médicament avec les parents présents. L'enfant recrache la dose. Elle retourne donc dans la salle de soins pour prélever une nouvelle dose puis, à nouveau, dans la chambre de l'enfant pour l'administration. Lorsque l'IDE ressort de la chambre et revient au poste de soins, elle constate qu'un flacon de TERCIAN® (Cyamémazine) 40 mg/ml est ouvert à côté du flacon de CELESTENE® 0,05 %. Les deux flacons se ressemblent, et elle se rend compte de l'erreur d'administration.

Conséquences

L'enfant a reçu 3 ml de TERCIAN® (Cyamémazine) 40 mg/ml soit une dose de 12 mg/kg (120mg) à la place du CELESTENE® (Bétaméthasone) 0,05%.

Analyse

Facteurs contributifs & analyse des causes

- Nouvelle dose prélevée car l'enfant a recraché : action réalisée en « urgence »
- Stockage des flacons entamés sur la paillasse de la salle de soins
- Erreur/absence de lecture de l'étiquette
- Gestion des médicaments multidoses (flacon non-nominatif)
- Prise en charge dans le même service de patients d'âges et de pathologies très variables

Actions correctives & immédiates

- Appeler le médecin - réalisation d'une évacuation digestive (aspiration gastrique)
- Contacter le centre anti-poison pour conduite à tenir
- Surveiller le patient (examen normal avec une fréquence respiratoire à 30/min et un score de Glasgow de 15/15)
- Déclarer l'évènement indésirable en interne
- Informer les parents

Actions préventives & bonnes pratiques

- Sécuriser le circuit des médicaments multidoses : identification nominative des flacons
- Sécuriser le stockage des médicaments : identifier les présentations à risque (ex : pédo-psychiatrie)
- Sensibiliser les professionnels au risque de confusion entre flacons
- Sécuriser le stockage des médicaments entamés
- Dédier un flacon à un patient et s'assurer que les pipettes utilisées correspondent au dispositif d'administration du produit
- Pour les médicaments au livret, adapter le paramétrage des unités par défaut au médicament dans le système d'information
- Lors de l'analyse pharmaceutique, porter une attention sur les équivalences mg et mL pour les formes buvables
- Mettre à disposition une table de conversion dans les services avec le nom de la spécialité (Intranet de préférence ou document papier) et appeler la pharmacie si besoin
- Maîtriser la gestion documentaire (Mise à jour)
- En cas d'administration par sonde, se préoccuper de la connectique (compatibilité) [Norme ENFit – ISO 80369-3)

Critères de la certification

Critère 2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Critère 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Critère 2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Pour aller plus loin

- [ADIPh, Conservation des multidoses, Avril 2018](#)
- [ANSMS, Ne vous mélangez pas les pipettes, 2013](#)
- [ANSM, Topalgic 100mg/mL ET Contramal 100 mg/mL solution buvable \(Tramadol\) – Risque d'erreur médicamenteuse : nouvelles mentions sur le conditionnement](#)
- [HAS, Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, Mai 2013](#)