



## Analyse de scénario

### EHPAD

#### Fiche animateur

#### Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Un lundi vers 7h15, un aide-soignant (AS) ① prépare les plateaux de petit déjeuner des résidents puis assure la distribution du secteur. Lorsqu'il prépare le plateau d'un résident, il y pose le petit déjeuner et le traitement du matin prélevé dans le pilulier, sans faire un nouveau contrôle entre la prescription et le contenu du pilulier (ils ont été vérifiés et préparés pour l'administration du matin par l'infirmier (IDE) qui travaille sur 2 pavillons de l'EHPAD). L'IDE est en poste dans un service situé dans un autre bâtiment et travaille en horaire 8h30-18h30. Selon l'organisation du travail habituel, l'AS ① retire les blisters des médicaments et dépose ceux-ci dans une cupule qui est mise sur le plateau repas du résident. L'AS ① se rend ensuite dans la chambre du résident ① et pose le plateau sur la table. Il vérifie que le traitement est bien pris. Il se dirige ensuite vers la chambre d'une autre résidente (②). En préparant le plateau avec l'aide de l'ASH, il réalise alors que son pilulier est vide et qu'il a donc par erreur distribué le traitement de la résidente ② au résident ①. Ce traitement comportait : ramipril 10 mg ; bisoprolol 10 mg ; tiapride 100 mg. Dès l'arrivée de l'IDE, l'AS ① l'avertit de l'erreur dans la distribution des médicaments.

À 8h30, l'IDE se rend au chevet du résident ① pour vérifier son état clinique. Il présente une vigilance normale. Elle administre le traitement à la résidente ② qui n'avait pu le recevoir au petit déjeuner et décide de ne pas administrer le traitement prescrit pour le résident ①. Elle informe le médecin de l'évènement indésirable, de l'état clinique du résident et des actions entreprises. Le médecin indique la conduite à tenir pour surveiller les éventuels effets indésirables de ce médicament et prescrit une surveillance accrue de l'état de vigilance, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. Il demande à l'IDE d'administrer le traitement prescrit du résident ① à partir de 12 heures. L'AS ① aide le résident lors de sa toilette et constate que celui-ci participe activement aux soins et que son état de conscience est normal. La tension artérielle est surveillée. Le midi : le résident prend son repas avec les autres résidents en salle à manger, et son traitement du midi (sans interactions médicamenteuses) est administré. Il est amené ensuite dans sa chambre pour se reposer comme tous les après-midis. Il feuillette son journal. Vers 14h30, le médecin, le cadre de santé et l'IDE ainsi que d'autres soignants sont réunis en staff, et l'évènement du matin est évoqué ainsi que la prise en charge mise en place. Après la réunion, l'IDE retranscrit les conclusions du staff, prépare les boîtes de médicaments pour les deux pavillons, réalise les soins planifiés pour les résidents de l'autre pavillon et se rend à la pharmacie pour les prescriptions initiées dans la journée, afin de pouvoir vérifier et préparer les boîtes de médicaments, pour l'administration du soir. Vers 17h15, une AS ② téléphone à l'IDE car le résident présente une hypovigilance. L'IDE se rend immédiatement au chevet du résident et constate une somnolence qui est cependant légère puisque le résident répond aux ordres simples. Elle effectue une prise tensionnelle qui est mesurée à environ 60 mm Hg de systolique. Elle contacte le médecin qui n'est plus physiquement présent dans les locaux. Elle l'informe du changement d'état clinique du résident et donne le chiffre tensionnel en disant « 6 ». Le médecin entend « 10 » et informe l'IDE qu'il va venir examiner le résident à la fin de ses consultations, et lui indique de ne rien faire voulant d'abord observer l'état clinique. L'IDE poursuit les soins planifiés auprès des résidents du pavillon.

17h 50, l'IDE réalise une nouvelle prise de tension auprès du résident. Celle-ci est identique. Elle téléphone au cadre de santé pour l'informer de l'évolution de l'état clinique du résident. Celle-ci lui

indique que le médecin étant averti et devant venir constater l'état clinique du résident, il faut attendre l'examen médical et poursuivre la surveillance clinique.

À 18h 30, le médecin examine le résident. Il constate que le résident est peu réactif, et la tension artérielle est mesurée à 58/29 mm Hg. Il décide d'hospitaliser le résident et téléphone à un médecin du service des urgences de l'hôpital proche pour lui relater les événements. Il contacte ensuite l'épouse du résident pour l'informer des événements et de l'hospitalisation.

### Description des conséquences.

Les pompiers avertis par le centre 15, arrivent dans le pavillon, prennent en charge le résident et assurent son transport vers l'hôpital proche en présence d'un médecin du SMUR.

Le lendemain, le médecin est contacté par un médecin de l'hôpital qui l'informe du décès du résident après plusieurs heures de soins en unité de surveillance continue. Le médecin avertit la direction de l'EHPAD du décès du résident. Puis il réalise une déclaration d'évènement indésirable grave à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS. Le médecin téléphone à l'épouse du résident et l'informe du décès. Il lui indique qu'il se tient à sa disposition pour la recevoir et discuter des événements qui viennent de se succéder. La famille du résident a été reçue et informée de nouveau de l'évènement indésirable grave. Elle a remercié chaleureusement l'ensemble de l'équipe pour la prise en charge du résident et n'a formulé aucun grief vis-à-vis du suivi du résident.

### Analyse

#### Causes immédiates :

Erreur d'identité lors de la distribution des médicaments.

#### Conditions latentes :

#### Professionnels / facteurs individuels :

Charge de travail excessive liée à la réorganisation du travail depuis quelques mois (une IDE sur 2 pavillons et charge en soins de plus en plus importante auprès de 50 résidents complexes pour les AS).

Non-respect des bonnes pratiques lors de la distribution des médicaments (organisation ne permettant pas de vérification de la correspondance de l'identité du résident et de l'étiquette correspondante à cette identité sur le pilulier lors de la distribution par l'aide-soignante).

#### Équipe :

Mauvaise composition de l'équipe liée à la réorganisation du travail au sein du pavillon (Une IDE sur 2 pavillons).

Ambiance de travail tendue depuis la réorganisation.

Défaut de communication orale des constantes tensionnelles « 6 » entendu « 10 » induisant un retard de prise en charge.



### Tâches :

Interruptions itératives lors de la distribution des médicaments en raison de la multiplicité des tâches concomitantes.

Absence de contrôle immédiat avant administration : les piluliers restant en dehors de la chambre du patient, le contrôle ultime de la concordance de l'identité du patient avec le traitement ne peut pas être effectif.

### Environnement :

Locaux inadaptés (pas de salle de soins suffisamment spacieuse) pour permettre une préparation des piluliers dans de bonnes conditions de calme et de concentration.

Piluliers en nombre insuffisant (difficultés de stockage) induisant des pratiques de déconditionnement dans les couloirs pour respecter les règles d'hygiène.

### Organisation :

Changement récent de l'organisation du travail générant une charge de travail excessive (pour l'IDE qui intervient sur 2 pavillons et pour les AS qui se voient déléguées des tâches supplémentaires)

Charge de travail inadaptée : population de résidents relevant de Géro-psycho-geriatrie.

Difficultés et défaillances dans la gestion du personnel :

- Faible attractivité des postes (environnement direct de l'unité et secteur géographique)
- Absentéisme important,
- Recours réguliers au personnel intérimaire.

### Institution :

Ressources sanitaires insuffisantes : résidents prise en charge relevant de géro-psycho-geriatrie sans moyens dédiés.

Faiblesses dans la politique de gestion des ressources humaines (gestion de l'absentéisme et intégration des intérimaires).

Indisponibilité contextuelle de personnel paramédical.

### Enseignements tirés.

#### Facteurs d'atténuation et/ou de récupération :

L'EIG détecté très précocement, des mesures de récupération ont été mises en place avec cependant un retard de prise en charge en raison de défaillances de communication orale par téléphone au sujet des chiffres tensionnels du résident.

#### Actions proposées par l'équipe

S'assurer de l'adéquation entre prescription, médicaments préparés et médicaments administrés en vue de garantir :

- l'exactitude de la préparation par rapport à la prescription
- l'administration des médicaments prescrits au bon malade : rédiger une procédure intégrant la vérification systématique de l'identité du patient, quel que soit l'organisation des modalités d'administration.

Achat de piluliers supplémentaires.

Réaménagement des espaces de rangement dans la salle de soins.

Rajout d'une photo avec l'identité du résident sur les piluliers.

Déconditionnement des piluliers au lit ou la table du résident.

Double vérification de l'identité du résident

Rangement du pilulier retourné après son utilisation.

Action de sensibilisation par communication partagée de ce retour d'expérience auprès des autres équipes.

Préférer des termes n'induisant pas de confusion pour les chiffres tensionnels (selon les bonnes pratiques, la tension se dit « 100 » et « 60 » mm Hg).

Faire répéter les informations transmises lors de communications orales.

En attendant de la restructuration architecturale, solution temporaire par l'adjonction d'Algeco® (ou autre) afin de disposer d'espaces suffisants et « protégés ».

#### Références - Recommandations – législation ou littérature

L'aide à la prise de médicaments en établissement de soins et en EHPAD : une équation compliquée

<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/aide-prise-medicament-etablissements-soins>

