



Analyse de scénario

EHPAD

Fiche équipe



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 évènements. Il contacte ensuite l'épouse du résident pour l'informer des évènements et de l'hospitalisation.

Dans cet évènement selon vous ...

Quel est le principal dysfonctionnement ou défaut de soins ?

Identifiez-vous d'autres dysfonctionnement ou défauts de soins ?

Quels sont les facteurs contributifs ?

Quelles défenses auraient pu éviter cet évènement ?



Ce type d'évènement pourrait-il arriver dans votre service ?



Probabilité de survenue d'un tel scenario ?

Probable

Extrêmement improbable

Rare

Extrêmement rare

Evènement qui s'est déjà produit dans l'unité ?

Principales défenses existantes :



Principales vulnérabilités existantes :



Quelles actions pourraient être mises en place ?



Principal enseignement ?

