

Analyse Approfondie de Cas n° 48 :

Erreur d'administration de traitement.



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



Date de parution : mai 2017

- **Catégorie :** Médico-social—EHPAD
- **Nature des soins :** Accompagnement de la perte d'autonomie.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un résident de 82 ans reçoit par erreur le traitement d'un autre résident lors de la distribution des médicaments accompagnant le petit déjeuner. L'aide soignante détecte immédiatement l'évènement indésirable et avertit aussitôt sa collègue infirmière. Le médecin est contacté très rapidement et indique la conduite à tenir adaptée (surveillance de la vigilance et de la tension artérielle) en raison de l'administration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion et d'un bêtabloquant. La surveillance ne détecte pas d'effet hypotenseur en première partie de journée. Cependant vers 17 h 30, le résident présente une

fluctuation de la vigilance et une tension artérielle systolique d'environ 60 mm Hg. Le médecin est joint par téléphone (à partir de 17 h il n'est plus sur site) et entend « 10 » à la place de « 6 ». Il indique qu'il va venir examiner le résident. Lors de son examen à 18 h 30, il constate l'hypotension mesurée à 58 / 29 mm Hg. Il organise son transfert aux urgences de l'hôpital proche. L'épouse du résident est contactée et informée de l'évènement indésirable et de l'hospitalisation. Le lendemain le médecin est averti par l'hôpital du décès du patient.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'administration des médicaments par du personnel habilité en EHPAD comprend plusieurs phases :

- Le contrôle préalable produit/patient/prescription,
- L'administration proprement dite, qui **englobe l'étape d'aide à la prise**,
- L'enregistrement.

La définition de ce « personnel habilité » obéit à des règles précises :

- L'infirmier dans son rôle propre (R 4311-5 CSP) ou prescrit (R4311-7 CSP),
- Un aide-soignant (AS), une aide médico-psychologique (AMP) pour l'aide à la prise (R 4311-4 et R4312-14 CSP) sous la responsabilité de l'infirmier diplômé d'état (IDE) qui les encadre,
- Les personnes chargées d'assurer l'aide aux actes de la vie courante peuvent intervenir auprès des résidents dans l'aide à la prise de leurs médicaments, dès lors que « le mode de prise ne présente pas de difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier ».

Enfin, Le résident peut gérer seul la prise de ses médicaments (prescrits ou non prescrits) selon l'appréciation du médecin prescripteur qui doit être inscrite dans le dossier du résident.

D'après le guide « Bonne pratiques à développer et à partager, les Médicaments en EHPAD » ARS Nouvelle Aquitaine

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :
Décès.

Organisation en place :

Une organisation est en place qui assure le signalement et l'analyse des évènements indésirables. Il existe :

- 1) Un document spécifique aux risques médicamenteux, traités et analysés par le pharmacien ;
 - 2) Un document pour les évènements indésirables et les vigilances.
- Les documents ont été diffusés à l'équipe, accompagnés d'une procédure de déclaration. Les signalements sont centralisés à la cellule qualité où ils sont enregistrés sous un numéro d'ordre. Leur suivi est réalisé au cas par cas. Tous les signalements d'erreurs médicamenteuses sont réintégrés après analyse au système centralisé.

L'analyse des causes profondes des évènements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. Elle a lieu lors des transmissions, staffs ou réunions spécifiques entre l'équipe, le cadre de santé et le médecin du service.

Les causes profondes des évènements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. Le personnel concerné par l'EI en fonction du thème (soignant, paramédical, encadrement) se réunit pour analyser la situation, le dysfonctionnement et propose une action corrective. A ce jour les thèmes traités sont :

- 1) Les chutes (EPP) ;
- 2) Les erreurs médicamenteuses et la sensibilisation à la déclaration ;
- 3) Les fugues, aboutissant à la sécurisation de l'enceinte de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le lundi 23 septembre 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.

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, 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.

20 h : 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 24 septembre, 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 évènements qui viennent de se succéder.

La famille du résident a été reçue et informée de nouveau de l'évènement indésirable grave.

Elle a remerciée 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 Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Erreur de patient lors de la distribution des médicaments.

Défaut de communication orale des chiffres de tension artérielle « 6 » entendu « 10 » induisant un retard de prise en charge. +++

Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Patient :

Patient aux antécédents complexes :

Psychose chronique, épilepsie,
Agénésie congénitale du corps calleux depuis 1990,
Fonctions cognitives très altérées avec démence,
Chutes itératives, asthénie,
Phlébites des membres inférieurs,
Pyélonéphrites.

Plusieurs épisodes de fin de vie imminente avec administration des derniers sacrements.

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut d'attention et disposition mentale de l'AS ① fragilisée à la suite de l'annonce du décès d'un collègue. +++
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 correspondant 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 et perturbée par l'annonce du décès d'un collègue de

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 déléguer des tâches supplémentaires). +++

Charge de travail inadaptée : population de résidents relevant de gériatrie-psycho. +++

Difficultés et défaillances dans la gestion du personnel. +

Faible attractivité des postes (environnement direct de l'unité et secteur géographique).

Absentéisme important.

Recours réguliers à du personnel intérimaire.

Institution :

Ressources sanitaires insuffisantes : résidents prise en charge relevant de gériatrie-psycho 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. +

Facteurs d'atténuation : l'erreur détectée très précocement, des mesures de récupération ont été mises en place avec une surveillance accrue du résident. Cependant la prise en charge a été retardée en raison de défaillances de communication orale, par téléphone, au sujet des chiffres tensionnels du résident.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique: Réaménagement des espaces de rangement dans la salle de soins.
Ajout d'une photo avec l'identité du résident sur les piluliers.
Déconditionnement des piluliers au lit ou la table du résident.
Vérification de l'identité du résident

Commun :

S'assurer de l'adéquation entre médicaments prescrits, 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.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels, **événement évitable.**



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 30 14

Général : 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.

Formation de type SAED/SBAR de la HAS pour la communication en équipe.

Références et Bibliographie

- La collaboration aides-soignants infirmiers – la distribution des médicaments. N. Lelièvre – www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/la-collaboration-aides-soignants-infirmiers-la-distribution-des-medicaments/print.html
- Liste des actes relevant du rôle propre de l'IDE : article R. 4311-5 du CSP modifié par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du CSP.
- Quels sont les actes que peut réaliser un aide-soignant ? <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/aide-prise-medicament-etablissements-soins>
- « Bonne pratiques à développer et à partager, les Médicaments en EHPAD » ARS Aquitaine, septembre 2015. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Pharma_Etab_BP_Medicaments_EHPAD.pdf.

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>