

# Fiche Retex

## Erreur médicamenteuse



N° 1 • Janvier 2021

---

### Thématique

**Erreur relative à l'administration d'un traitement médicamenteux**

---

### Catégorie

**Etablissements médico-sociaux : EHPAD**

---

### Résumé de l'EIGS

Un patient de 87 ans, Mr L. placé en isolement reçoit par erreur le traitement d'une autre résidente lors de la distribution des médicaments du soir.

Le traitement nominatif des patients en chambre préparé par l'infirmière en poste, a été déposé sur le plateau repas. La distribution des traitements a été réalisée par l'aide-soignante lors du dépôt du plateau repas.

En déposant le plateau pour une autre résidente en chambre, un agent de service logistique (ASL) constate qu'il manque les médicaments de cette patiente. Après contact avec l'aide-soignante, ils comprennent que les médicaments manquants ont été administrés à Mr L.

---

## Chronologie des faits

Suite à une gastro-entérite, le résident Mr L. est isolé dans sa chambre depuis 48 heures.

Une partie des résidents prend son repas au restaurant du rez-de-chaussée où leur sont distribués les médicaments.

Par ailleurs, 10 plateaux repas destinés aux patients restés en chambre ont été préparés par les Agents de Services Logistiques (ASL) près des cuisines. Ils ont été installés sur 2 chariots de soins répartis en 2 niveaux. Trois plateaux sont posés en quinconce (2 l'un à côté de l'autre, 1 par-dessus les 2 autres).

Après la distribution des médicaments dans le restaurant du rez-de-chaussée (RDC), les sachets nominatifs préparés par l'IDE contenant les médicaments destinés aux patients restés en chambre sont repris par l'élève-infirmière. Ceux-ci sont posés sur chacun des plateaux nominatifs par l'élève-infirmière de 2ème année.

Une AS présente au restaurant du RDC veut aider ses collègues ASL et emmène l'un des plateaux dans la chambre de Mr L.

Elle prend les sachets de médicaments en main, constate que deux sachets sont présents et vérifie le nom du résident sur le 1er uniquement. Elle déchire les sachets en même temps et ne vérifie pas le nom porté sur le deuxième sachet.

Elle s'étonne du nombre de comprimés mais donne tout de même les médicaments au résident.

L'AS laisse ensuite le résident prendre son repas seul et retourne au restaurant du RDC pour aider à la prise des repas.

Une ASL prend les 9 autres plateaux et part les distribuer en chambre comme cela se fait habituellement. Lors du dépôt du plateau de Mme G., la résidente s'inquiète de l'absence de ses médicaments sur son plateau repas.

L'ASL descend auprès de l'AS et lui transmet l'information.

L'AS se rend à l'infirmerie pour regarder sur le chariot de médicaments et ne trouve rien.

Il est 19h20, elle appelle l'IDE qui vient de partir et la prévient de l'absence des médicaments de Mme G. L'IDE, encore présente sur le parking, revient et certifie la préparation des médicaments pour cette patiente.

L'IDE conclut immédiatement qu'ils ont été distribués et administrés à un autre résident. Elle informe l'AS en poste qui fait le lien avec les comprimés donnés à Mr. L. au regard du nombre important de médicaments présents sur le plateau de ce patient.

L'IDE appelle le 15 pour signaler l'erreur médicamenteuse.

En effet, le médecin signale qu'au regard du traitement ingéré, une surveillance accrue du patient est nécessaire.

Compte tenu de son état de somnolence, le patient est hospitalisé, perfusé, hydraté et surveillé neurologiquement.

<b>Pourquoi est-ce un EIGS ?</b>	<b>Méthodologie de la recherche des causes profondes</b>
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car le patient a été hospitalisé en réanimation dans le cadre d'une défaillance respiratoire avec mise en jeu du pronostic vital liée à l'erreur d'administration de son traitement.	Méthode ALARM

## Causes immédiates identifiées

- Identitovigilance non respectée.
- Non-respect du contrôle prescription/médicaments administrés/patient (=1ère étape de l'administration).
- Information tardive : l'AS a un doute sur le nombre de médicaments à administrer, elle aurait dû en informer l'IDE avant de donner le traitement.

## Que s'est-il passé ?

### Facteurs latents

#### Facteurs individuels

- Manque de communication : L'aide-soignante n'a pas exprimé son doute vis-à-vis du nombre de médicaments à administrer.

#### Facteurs liés aux tâches / organisation définie

- Surcharge de travail : des tâches ont été reportées à ce moment-là en raison d'une réunion de l'équipe d'AS en début d'après-midi.
- Affectation à une tâche inhabituelle de l'AS : la distribution des plateaux en chambre est réalisée en raison d'un patient en isolement.
- Non-respect des plannings établis.
- Non-respect des protocoles du circuit du médicament et d'identitovigilance.

#### Facteurs liés à l'équipe

- Mauvaise définition des responsabilités du personnel dans le cadre d'une situation inhabituelle (patient isolé dans sa chambre).

#### Facteurs liés à l'environnement

- Distribution des plateaux sur un temps plus restreint que d'habitude (du fait de la réunion) et présence de nombreux professionnels autour des chariots (audit en cours).
- Manque d'un chariot repas adéquat (les plateaux repas étaient disposés en quinconce par manque de place).

#### Facteurs d'atténuation

- Détection précoce de l'erreur : des mesures de récupération ont été mises en place avec appel du centre 15 et surveillance accrue du résident.
- Communication rapide de l'AS

## Enseignements : Actions d'améliorations

1. Réévaluer le protocole de distribution du médicament en abordant tous les circuits possibles (restaurant, chambre...).
2. Renforcer les mesures d'identification des traitements (médicaments préparés dans des piluliers individuels sur les plateaux repas avec le nom du résident bien visible et sa photo).
3. Définir une nouvelle organisation interne liée à la distribution des repas en chambre.
4. Réaliser une formation systématique des professionnels concernés par la distribution des médicaments.
5. Rédiger un protocole pour l'administration des médicaments en vertu de l'article L 313-26 du CASF et de la législation.
6. Acquérir un chariot adapté pour la distribution des plateaux repas.
7. Modifier les horaires de réunion de service.

### Points positifs à souligner :

- La rapidité et le professionnalisme de l'agent qui a alerté sans délai
- Les interrogations du personnel peuvent être exprimées en toute confiance
- Pérenniser l'organisation de l'établissement qui permet aux agents en confiance de manifester une incertitude sur une action

Le premier maillon d'une culture de sécurité est présent !

## Comment sont administrés les médicaments en EHPAD ?

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

- Le contrôle préalable produit/patient/prescription
- L'administration proprement dite qui englobe l'aide à la prise.
- L'enregistrement dans le dossier du résident.

### Qui est habilité ?

L'infirmier dans son rôle propre (R4311-5 CSP) ou prescrit (R4311-7 CSP)

Un aide-soignant (AS), une aide médico-psychologique (AMP) pour l'aide à la prise (R4311-4 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 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. Cette mention doit être inscrite dans le dossier du résident

*D'après le guide « Bonnes pratiques à partager et à développer, les médicaments en EHPAD » ARS Nouvelle Aquitaine septembre 2015.*

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

*« Les erreurs médicamenteuses sont à l'origine de nombreux EIGS. Ils sont estimés à 50 000 par an par une étude française<sup>2</sup> et représentent près du tiers de l'ensemble des EIGS liés aux soins. »*

*« Trois types d'erreur prédominent : les erreurs de dose avec le plus souvent un surdosage (41%), les erreurs de médicaments (31%), les erreurs de patient (14%). »*

**Extrait du rapport HAS Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) Rapport annuel 2019**

***« La HAS préconise d'assurer et de développer les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes, tout en continuant à sensibiliser au respect des bonnes pratiques de prescription, d'administration, de dispensation des produits de santé. »***