
Thématique

Injection d'eau oxygénée dans une chambre implantable

Catégorie

Établissement sanitaire : SSR

Résumé de l'EIGS

Patiente de 58 ans prise en charge dans les suites post-opératoires d'une exérèse de métastase cérébelleuse.

A l'issue de sa nutrition parentérale, une IDE va utiliser par erreur de l'eau oxygénée pour rincer sa chambre implantable au lieu du NaCl utilisé habituellement.

Une heure et demie plus tard, l'IDE se rend compte de l'inversion de produits lorsqu'elle a vu une élève IDE chercher du NaCl dans une armoire différente.

Elle comprend alors qu'elle a pris de l'eau oxygénée dans l'armoire réservée aux usages externes au lieu du placard des solutés injectables. Après vérification, elle avertit tout de suite le médecin du service.

Le pharmacien contacte le centre antipoison.

Des soins sont réalisés sur prescription médicale : prise de constantes, ECG, échographie cardiaque et du site implantable.

La surveillance est poursuivie le lendemain avec prises de constantes et bilans biologiques. Une information de dommages liés aux soins a été délivrée à la patiente et sa famille.

Chronologie des faits

Lors de sa tournée du matin (prise de paramètres et distribution des médicaments), l'IDE en poste entend la pompe de nutrition parentérale de nuit sonner.

Elle va donc chercher un flacon unidose pour le rinçage qu'elle va prendre dans l'armoire réservée aux usages externes.

Elle se saisit de deux unidoses plastiques d'eau oxygénée (étiquette de couleur verte) qui se trouvent à côté des unidoses de NaCl réservées aux pansements (étiquette de couleur rose), puis procède au rinçage.

Plus tard dans la matinée, une élève IDE prend du NaCl dans la bonne armoire pour procéder au même geste technique. L'IDE en poste se rend alors compte en la voyant qu'elle s'est trompée d'armoire.

Elle prévient alors le médecin et le pharmacien de son erreur.

Le pharmacien se met rapidement en relation avec le centre antipoison.

Une surveillance est mise en place afin d'anticiper un risque d'embolie gazeuse et de nécrose cutanée (observation clinique, contrôle des paramètres, ECG, échographie du site...).

Une annonce de dommage associé aux soins a été faite à la patiente.

Malgré la mise en jeu du pronostic vital, il n'y a pas eu de séquelles.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car c'était un événement inattendu avec mise en jeu du pronostic vital.	Méthode ALARM

Causes immédiates identifiées

- Absence de vérification du médicament injecté
- Présence d'un produit hors dotation dans une armoire du service
- Défaut de vigilance d'une IDE expérimentée concernant un geste habituel et fréquent
- Rupture de stock en ampoules de NaCl injectable 10 ml destiné au rinçage des chambres implantables

Que s'est-il passé ?

Facteurs latents

Facteurs individuels

- Arrivée récente de l'IDE dans le service
- Défaut de vigilance face à une administration par voie injectable
- Erreur thérapeutique lors de la réalisation du soin

Facteurs liés aux tâches / organisation définie

- Rupture de stock des ampoules de NaCl 10 ml

Facteurs liés à l'équipe

- Absence de communication sur la rupture de stock du NaCl 10 ml

Facteurs liés à l'environnement

- Confusion entre les 2 armoires à pharmacie
- Confusion entre l'eau oxygénée et les unidoses de NaCl injectable car l'étiquetage est de couleur verte pour les deux

Facteurs d'atténuation

- Bonne observation de l'IDE qui relève son erreur en observant l'élève IDE
- Communication immédiate au médecin
- Mesures immédiates de surveillance pour la patiente

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Vérification du rangement de l'armoire dédiée aux usages externes et pansements. Ajout d'une signalétique « pas d'injectable dans cette armoire »

 2. Sensibiliser de nouveau les IDE aux règles de bonnes pratiques « règles des 5 B » et en particulier, l'étape ultime de lecture de l'étiquette des médicaments au moment de l'administration cf. page 5

 3. Sensibilisation au risque de confusion des médicaments sous forme d'unidoses (Never event) cf. page 5

 4. Retrait de l'eau oxygénée de la dotation des services qui est réservée à un usage ponctuel

 5. Création d'une affiche spécifique aux conditionnements unidoses pour sensibiliser aux risques de confusion

 6. Information de la pharmacovigilance avec remontée à l'ANSM (le signalement a été enregistré dans les bases de données de pharmacovigilance)

 7. Actions de formations au circuit du médicament au sein du groupe d'établissements
-

Peut-on parler d'un Never Event ?

Les Never Events sont des événements indésirables graves évitables qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Ces erreurs ont été identifiées par le ministère de la santé et l'ANSM comme des événements qui ne devraient jamais arriver.

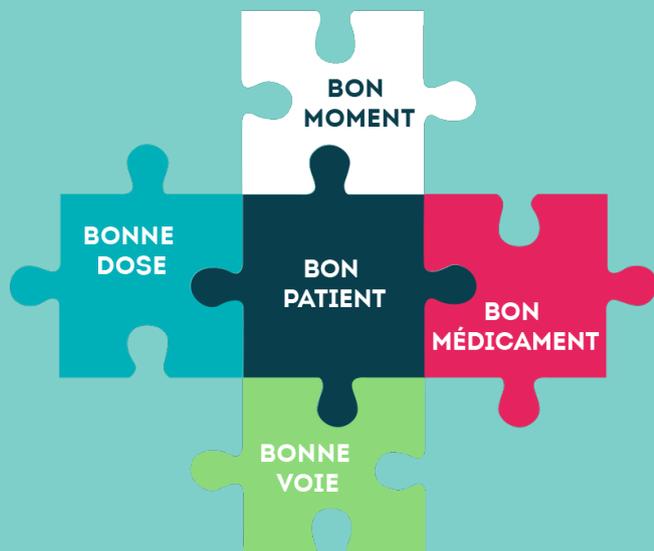
L'annexe III de la circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, liste comme actions prioritaires, les douze événements « qui ne devraient jamais arriver » :

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation sont à risque
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors oncologie)
- Erreur d'administration des anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
- **Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique** (exemple : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie.

Règle des 5 B

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 B :

« Administrer au **Bon patient**,
le **Bon médicament**,
à la **Bonne dose**,
sur la **Bonne voie**,
au **Bon moment**. »



Exemple d'affiche de sensibilisation aux confusions possibles lors de l'utilisation d'unidoses en matière plastique (réalisée par l'établissement où a eu lieu l'EIGS)

Une dosette peut en cacher une autre !

CONFUSION = DANGER

Unidose ne veut pas dire injectable

Toujours lire l'étiquette de la dosette avant de s'en servir

Vérifier la voie d'administration inscrite sur l'unidose

Les différentes présentations de Chlorure de Sodium (NaCl)			
NaCl Injectables	NaCl non injectables		
Solution injectable 0,9% : ampoule de 10ml 	Solution pour hygiène nasale et oculaire 0,9% : ampoule 	Solution pour rinçage 0,9% : flacon monodose 45ml 	
<i>Utilisable également en aérosol</i> Disponibles également : <ul style="list-style-type: none"> NaCl hypertonique 1g (10%) NaCl hypertonique 2g (20%) 	<i>Utilisable également en aérosol</i>	<i>Usage irrigation plaie</i>	

Les autres unidoses			
Injectables	Non injectables		
<ul style="list-style-type: none"> EAU pour préparation Injectable Ampoule 10 ML et 20 ML GLUCOSE 3 G - 10 ML (30%) Ampoule MAGNESIUM SULFATE 1.5 G - 10 ML (15%) Ampoule POTASSIUM CHLORURE 1 G - 10 ML (10%) Ampoule <p style="color: red; font-size: small;">➤ ATTENTION : médicament à risque Le chlorure de potassium est stocké dans une boîte de rangement sécurisée dédiée.</p>	Unidose savon liquide 	Eau oxygénée 	Collyres par exemple dacryoserum®
			Aérosols par exemple Budénoside®