

FR 2021-01

Date de parution :
Juillet 2021

Catégorie :

Spécialité

Médecine interne

Filière

Médecine

Population

Tout patient

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE ANALYSE APPROFONDIE

Erreur de patient et erreur d'administration médicamenteuse

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

La vigilance relative à l'identité des patients doit être une pratique systématique, avant tout soin à la personne, d'autant plus s'il s'agit d'un soin impliquant un médicament.

Pour cela, la mise en place du bracelet d'identification avec contrôle des données d'identité par le patient est un acte prioritaire, lors de l'accueil dans une unité de soins.

Trois points de sécurisation des soins sont à retenir :

- vérifier l'identité à toutes les étapes de la prise en charge des patients,
- vérifier la cohérence entre les éléments d'identification du patient et ceux portés par les différents documents utilisés (papier ou informatique),
- lever le moindre doute : tout questionnement du patient, notamment relatif à un médicament, doit faire l'objet d'une écoute attentive et mérite une réponse argumentée avec vérification de sa compréhension par le patient.

Dans le domaine des soins, la supposition n'existe pas, seules les données factuelles vérifiées sont à prendre en compte et à transmettre.

La vérification de l'identité utilise toutes les sources d'information disponibles.

Concernant les bonnes pratiques d'administration médicamenteuse, la règle des 5B reste de mise.

En particulier, il est à éviter de préparer les médicaments à l'avance, et en aucun cas, les médicaments ne sont déposés ni déblistérés dans la chambre du patient en son absence.



De quoi s'agit-il ?

Ce jour J, monsieur A, hospitalisé dans le service de médecine polyvalente 1 de l'établissement 1, part dans la matinée en consultation spécialisée dans l'établissement 2. Il est hospitalisé au décours de celle-ci dans un service de l'établissement 2. Le service de médecine polyvalente 1 de l'établissement 1 n'en est pas informé. En attendant son retour, ses traitements du soir sont préparés, les comprimés déblistérés et laissés dans un verre sur sa table dans sa chambre.

Monsieur B, quant à lui, est attendu en fin de journée dans le service de médecine polyvalente 2 de l'établissement 1, en admission directe. Les ambulanciers qui assurent son transport l'amènent dans le service de médecine polyvalente 1. Ils l'installent également dans la chambre de monsieur A, chambre indiquée à l'oral par l'IDE du secteur alors occupée à la réalisation des soins. Monsieur B est accompagné de sa fille. Lors du dîner, il prend les traitements à sa disposition dans le verre déposé sur la table.

Une heure plus tard, le médecin du service de médecine polyvalente 2, inquiet de ne pas voir arriver monsieur B, appelle à sa fille. Il est alors informé que monsieur B est installé depuis la fin de soirée dans le service de médecine polyvalente 1. Il s'y déplace et s'assure de l'identité de monsieur B en le questionnant. Il constate l'absence de bracelet d'identification et la prise des traitements qui ne lui étaient pas destinés.

Impact patient :

Mise en jeu du pronostic vital

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **Ce jour J** : Monsieur A est hospitalisé dans le service de médecine polyvalente 1 de l'établissement 1 (Médecine 1). Monsieur B, pris en charge régulièrement dans l'établissement 2, est attendu en fin de journée, à l'issue de sa séance, en service médecine polyvalente 2 de l'établissement 1 (Médecine 2), en entrée directe, pour un bilan de maintien à domicile difficile.

- **Matin, Médecine 1** : Monsieur A, hospitalisé en service de médecine polyvalente 1 de l'établissement 1, chambre X, part en consultation spécialisée dans l'établissement 2.

Au décours de sa consultation spécialisée dans l'établissement 2, monsieur A reste hospitalisé dans le service de spécialité concerné de cet établissement.

- **Au cours de la journée, Médecine 1** : L'infirmière de jour (IDE1) prépare les traitements du soir de monsieur A.

Elle dépose les comprimés déblistérés dans un verre à médicaments, sur la table du patient, chambre X. Le dossier informatisé est mis à jour : « traitement du soir contrôlé, administré et validé ».

Entre 18h45 et 19h, changement d'équipe infirmières (IDE) et aides-soignantes (AS) entre Jour et Nuit.

- **De 19h30 à 19h36, Médecine 1** : Monsieur B est amené par les ambulanciers à l'issue de sa séance dans l'établissement 2, accompagné de sa fille.

L'infirmière de Soir/Nuit (IDE2) s'occupe d'un patient Chambre Y.

Elle aperçoit le brancard et pense que c'est monsieur A qui revient de sa consultation spécialisée dans l'établissement 2.

L'ambulancier s'approche d'IDE2, dit « On vient de la spécialité A » et demande la chambre du patient. IDE2 répond "chambre X".

L'ambulancier installe monsieur B Chambre X, et le laisse avec sa fille.

Il retourne voir IDE2 et lui remet une enveloppe.

IDE2 pose l'enveloppe sur son chariot de soins et retourne terminer les soins en cours (transfusion en cours- perfusion etc.)

- **19H45, Médecine 1** : IDE2 demande à l'aide-soignante si le patient de la chambre X a pris son repas car elle doit préparer son traitement.

L'AS répond qu'il a son traitement vers lui, à disposition dans son verre à médicaments sur l'adaptable et qu'il mange.

IDE2 regarde le logiciel de soins et constate que le traitement a été contrôlé administré et validé par IDE1.

Une minute plus tard, la fille de monsieur B interpelle l'AS car son père a plus de comprimés que d'habitude.

L'AS le signale à IDE2 qui vérifie la prescription de monsieur A et constate effectivement des modifications dans la prescription du jour.

Elle en informe la fille de monsieur B.

- **De 19h55 à 20h20, Médecine 1 :** La fille de monsieur B sort de la chambre et informe IDE2 qu'elle a trouvé un slip sale dans le placard qui n'est pas à son père.

IDE2 questionne AS. La fille de monsieur B revient vers IDE2 pour dire qu'aux dires de son père, le slip aurait été donné par le service de spécialité A. IDE2 et AS supposent une fuite d'urine au cours de la consultation de spécialité. La fille de monsieur B quitte le service et l'AS couche monsieur B.

Vingt minutes plus tard, IDE2 va dans la chambre X s'assurer que tout va bien. Elle interpelle monsieur B " tout va bien monsieur A", monsieur B répond "oui ". IDE2 retourne ensuite en salle de soins et constate que le courrier remis par les ambulanciers ne concerne pas son patient. Elle pense à une erreur d'enveloppe et en parle à l'AS.

Elles concluent à une erreur d'enveloppe.

- **20h30, Médecine 2 :** Le docteur X s'inquiète que monsieur B, attendu en entrée directe suite à sa séance, ne soit pas encore arrivé.

Il interpelle l'infirmière (IDE3), et ils décident d'appeler la fille de monsieur B. Celle-ci déclare que son père est en Médecine 1 depuis 19H30, chambre X. Elle leur fait part de son étonnement sur le fait qu'il ait eu plus de médicaments que d'habitude.

Tout en l'écoutant, le docteur X et IDE3 constatent sur le logiciel de gestion administrative des malades, que la chambre X est celle de monsieur A. Le docteur X informe la fille de monsieur B de la suspicion d'erreur, de leur déplacement en Médecine 1 pour vérification et qu'ils la tiendront informée.

- **20h40, Médecine 1 :** Echanges entre le docteur X, IDE2 et IDE3 et déplacement dans la chambre X.

Le Docteur X réveille monsieur B et lui demande son nom. Celui-ci répond « monsieur B ». Le Docteur X cherche le poignet du patient et constate l'absence de bracelet d'identification. Sur le logiciel de soins, il recherche les médicaments ingérés par monsieur B (ceux préparés et destinés à monsieur A). Il s'agit de Coumadine® 2mg - Pregabaline ® 25mg- Esomeprazole® 20mg - Bisocege® 5mg- Pravastatine® 40mg- Alprazolam® 0.25mg-Oracilline® 1 mui - Valaciclovir ® 500mg.

Il prend l'enveloppe avec l'inscription " Docteur X, service de médecine polyvalente" dans laquelle se trouve un courrier du service de spécialité A où il bénéficie régulièrement de ses séances.

- **21h40, Médecine 1 :** L'IDE2 appelle le service de spécialité de l'établissement 2. Elle est alors informée que monsieur A suite à sa consultation est resté hospitalisé.

Le Docteur X appelle le directeur de garde et la fille de de monsieur B pour l'annonce d'un dommage lié aux soins et de l'évènement indésirable grave associé aux soins. Il lui précise la surveillance rapprochée et le traitement mis en place ainsi que le transfert de monsieur B dans en Médecine 2 dans un lit propre chambre Z.

Après le transfert de monsieur B en Médecine 2, le docteur X quitte le service à 1 heure du matin. IDE3 informe l'interne de garde des urgences et le médecin anesthésiste de garde qu'ils pourraient être appelés la nuit, en raison du risque hémorragique et hémodynamique pour le patient lié à l'erreur d'administration médicamenteuse.

Causes immédiates identifiées

- Défaut d'application des règles d'identitovigilance
- Défaut d'application des bonnes pratiques d'administration des médicaments

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Patient très âgé et fatigué suivi pour maladie chronique dans l'établissement 1, - Pathologie et entourage similaire des 2 patients (pathologie relevant de la même spécialité, fille interlocutrice principale de l'établissement 1), - Famille connue du service et habituée au service (n'a pas eu besoin de solliciter l'aide de l'équipe pour l'installation de son père).
Individu (soignant)	<ul style="list-style-type: none"> - Premier soir en autonomie pour la nouvelle AS du service après une période de doublure, - Ensemble des professionnels non formés systématiquement aux règles d'identitovigilance.
Équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de temps de transmissions orales entre les équipes de jour et de nuit, - Absence d'information de la part de l'établissement 2 pour prévenir du non-retour d'un patient de consultation externe, - Médicaments préparés à l'avance par l'équipe de jour dans l'intention de faciliter le travail de l'équipe de nuit, - Travail en équipe : manque de lever de doute autour des questionnements de la fille du patient – biais de confirmation.
Tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas mentionné dans la procédure d'identitovigilance institutionnelle de vérifier l'identité du patient au retour d'une consultation externe (par vérification du bracelet d'identité et vérification orale), - Outil informatique pas suffisamment ergonomique pour visualiser facilement l'absence du patient en consultation externe. Information tracée manuellement dans le dossier informatique, et à aller chercher spécifiquement.
Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de poste proche de l'arrivée du patient, - Moins d'interlocuteurs dans les services le soir, pour les ambulanciers, - Croisement des équipes de jour et de nuit à 19h, concomitamment beaucoup de patients montent des urgences à ce moment-là, - Présence de patients agités dans le service source de préoccupations pour l'équipe.
Organisation Management	<p>Changement très récent d'organisation, avec nouvelle organisation en 12h des IDE et croisement des équipes de jour et de nuit à 19h</p> <p>A contrario, maintien dans ce service de la contre-visite médicale à 17h donc charge de travail importante en fin de journée pour les équipes de jour et de nuit.</p>
Contexte institutionnel	<p>Réorganisation des deux services de médecine avec changement de dénomination officielle (Médecine polyvalente 1 et Médecine polyvalente 2) mais signalétique de l'établissement non mise à jour (Médecine polyvalente et Médecine Spécialité) entraînant une erreur d'orientation de la part des ambulanciers.</p>



Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	Alerte du médecin et de l'infirmière de la Médecine 2 (médecin et IDE) suite au retard de l'arrivée du patient.
Atténuation	Surveillance rapprochée du patient pendant 24h au regard des risques liés aux médicaments ingérés : risque hémorragique important, risque d'hypotension grave et de bradycardie. Traitement mis en place après avis du médecin spécialiste : remplissage vasculaire dès identification d'une hypotension à 6.



Perception du caractère évitable par les professionnels



Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Sensibiliser les professionnels aux risques liés à l'identitovigilance par la présentation de l'analyse en réunion de service, de cadres et en CME	Prévention	Récupération	Atténuation
Renouveler la communication interne relative à la nouvelle organisation des services de médecine. Vérifier que l'ensemble des outils soient mis à jour au regard de cette nouvelle organisation des services de médecine (modifier la signalétique).	Prévention	Récupération	Atténuation
Mettre à jour la procédure d'identitovigilance, en complétant avec la vérification d'identité des patients au retour d'une consultation externe.	Prévention	Récupération	Atténuation
Réaliser une information complète sur les règles d'identitovigilance dans le service.	Prévention	Récupération	Atténuation
Créer un tableau de bord dans le dossier patient informatisé pour un meilleur suivi des patients (en consultation, en imagerie, retour à domicile...)	Prévention	Récupération	Atténuation
Réaliser un document décrivant la bonne conduite à tenir notamment pour prévenir la préparation de médicaments d'un patient absent.	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments, outil d'amélioration des pratiques professionnelles – HAS - 2016
- L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments – Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments – HAS - Mars 2016
- <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/lidentitovigilance-au-coeur-de-la-securite-des-soins> - accédé le 26/10/2020
<https://www.rreva-na.fr/travaux/identitovigilance> - accédé le 18 mars 2021
- C. Loonis, J.-L. Quenon, F. Delaperche, P. Ocelli. Erreurs d'identité associées aux soins : analyse approfondie des causes de 55 cas en Aquitaine (Projet régional aquitain PERILS, 2011). Risques & Qualité - Volume IX - N° 2, 2012. p 75-84.
- Haute autorité de santé. Manuel : Certification des établissements de santé. Octobre 2020.

