

FR 2023-09  
Date de parution :  
06/2023

Catégorie :

Spécialité

SSR Spécialisé

Filière

Etablissement sanitaire :  
SSR

Population

Enfants

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

# FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

## ANALYSE APPROFONDIE

### *Erreur d'administration médicamenteuse en MPR pédiatrique liée à plusieurs erreurs de vérification de la concordance d'identité du patient impliquant soignants et proche aidant*

*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 vérification des concordances d'identité entre le produit, le patient et la prescription est une pratique de sécurisation de l'administration médicamenteuse. C'est un des éléments de l'application de la règle des 5B, fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse : « administrer le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment, sur la bonne voie, au bon patient ».

Cette vérification reste fondamentale, notamment quand la prise en charge implique le patient ou son entourage dans l'étape d'administration.



#### De quoi s'agit-il ?

Administration de 5 fois la dose de Rivotril<sup>®</sup> (Clonazepam) à une enfant de 4 ans en état pauci-relationnel, hospitalisée en MPR Pédiatrie depuis 4 mois pour une hydrocéphalie aigüe (enfant sédaturé avec risque d'apnée).

#### Impact patient :

Somnolence dans les heures qui ont suivi l'erreur d'administration nécessitant une surveillance médicale rapprochée. Récupération de l'état neurologique antérieur le lendemain.

# ANALYSE SYSTÉMIQUE



## Points clés de la chronologie des faits

- **11h30** : Préparation des traitements de midi et 14h par l'IDE 1 de R. et D. (traitements identifiés avec nom du médicament et de l'enfant et séparés l'un de l'autre).
- **13h50** : La maman de D. sonne pour demander à l'AP le traitement de 14h de son enfant, pour lui donner avant qu'elle lui donne sa douche.
- **13h52** : L'IDE1 est en pause déjeuner depuis 13h10. L'AP demande le traitement à l'IDE2, qui a pris son poste à 13h45 et qui échange avec ses collègues (discussion "agitée") avant le temps des transmissions.
- **13h53** : L'IDE2 rentre dans la salle de soins et récupère le traitement (seringue) de R. pensant que c'est celui de D. et le confie à l'AP sans vérifier le nom écrit sur la seringue.
- **13h54** : L'AP prend la seringue et la transmet à la maman sans vérifier le nom inscrit sur la seringue.
- **13h55** : La maman administre le médicament à D. sans vérifier le nom sur la seringue.
- **14h** : Au retour de sa pause déjeuner, l'IDE1 rentre dans la salle de soin pour administrer ses traitements de 14h et se rend compte qu'il manque une seringue dans le traitement de R. Il reste une seringue sur les 2 préparées pour R.
- **14h05** : L'IDE1 se rend en salle de transmission afin d'interroger l'IDE2. L'IDE1 se rend dans la chambre de D. et constate que D. a reçu sa seringue. Elle retrouve l'emballage sur lequel est inscrit le nom de R. L'erreur d'administration est confirmée.
- **14h10** : L'IDE1 prévient le médecin du service du surdosage. Surveillance par scope et passages réguliers des IDE et internes tout l'après midi pour surveillance de l'état de conscience.
- **17h30** : Après avoir somnolé tout l'après midi, D. se réveille. Le lendemain matin, vu par le médecin, D. a retrouvé son état neurologique antérieur.

## Causes immédiates identifiées

- Absence de vérification de l'identité du patient sur la seringue, successivement par trois professionnels différents

## Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Enfant de 4 ans ½ Maman impliquée dans la prise du traitement médicamenteux quotidien
Individu (soignant)	IDE vient de prendre son poste à 13h45 – demande de la maman à 13h50. Professionnels se préparant pour les transmissions.
Équipe	Répartition des tâches : - IDE qui prépare le traitement n'est pas celle qui le donne, - Intermédiaire avec l'AP qui donne le traitement à la maman (Habitude/ Confiance), - Maman qui fait partie de l'équipe (Habitude/ Confiance),
Tâches à accomplir	Préparation à l'avance du traitement à 11h30 pour 14h
Environnement de travail	Discussion « agitée » de l'équipe avant les transmissions et au moment de la demande de la maman d'avoir le traitement. IDE soir et AP pressées d'aller à la réunion de transmissions.
Organisation Management	Organisation du service : - Pause déjeuner de l'IDE de Jour de 13h à 13h45 pour administrer les traitements de 14h - Départ en pause 13h10 - en retard. - Demande de la maman prise en compte par AP entraînant 4 intervenants de la préparation à l'administration du traitement.
Contexte institutionnel	-

## Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	-
Atténuation	Surveillance clinique suite au constat de l'erreur d'administration médicamenteuse.

## Perception du caractère évitable par les professionnels

**Évitable**

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



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

Respecter le protocole « préparation, administration et validation des traitements ». Rappeler les barrières de prévention : IDE qui prépare, vérifie le traitement et l'identité de l'enfant avant de le donner à la maman.	Prévention	Récupération	Atténuation
Expliquer l'alliance thérapeutique « Parents/Soignants » et le rôle des parents / accompagnants dans la sécurité de l'administration des traitements : vérification de l'identité et du médicament préparé par l'IDE	Prévention	Récupération	Atténuation



## Références

- HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Mai 2013. 180 p.
- Le patient en auto-administration de ses médicaments en cours d'hospitalisation (PAAM) Validé par le Collège le 21 juillet 2022. 76 p.

