

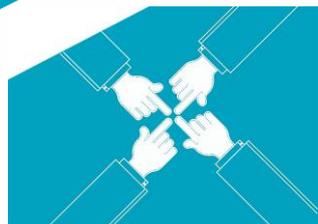
FICHE PARTAGE

Favoriser le partage d'expérience

Octobre 2020



Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables



DANGEREUX BLISTER

CONTACT

erage@requa.fr

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

INCIDENT

Monsieur V., âgé de 87 ans, réside dans son Ehpad depuis 8 ans. Autonome, ancien sportif, il fait des exercices d'assouplissement tous les jours. Malvoyant, sa chambre est organisée de façon à ce qu'il puisse se repérer parfaitement sans avoir recours à une tierce personne. Monsieur V. participe activement à la mise en place de solutions lui permettant de rester autonome. Il a un très bon niveau de compréhension et de mémorisation.

Les infirmières savent que les médicaments doivent être mis dans un pilulier qui est disposé sur la table, à un endroit et dans un sens bien précis. Des repères ont été mis sur le pilulier afin que Monsieur V. puisse différencier le matin du soir. Ce matin-là, alors que Monsieur V. est dans sa salle de bain, une infirmière nouvellement arrivée dans le service, dépose les médicaments de Monsieur V. dans le pilulier, sans les déblistérer et sans remettre le pilulier au bon endroit sur la table. Elle signale rapidement à Monsieur V. que les médicaments sont posés puis s'en va. Elle est pressée car elle est seule pour distribuer les traitements à 70 résidents et elle n'est dans le service que depuis quelques jours. Elle ne prend pas le temps de contrôler la fiche de traitement sur laquelle les consignes de distribution sont notées et aucun document de traçabilité n'existe. Dans l'établissement, tout le monde connaît Monsieur V. Son handicap est inscrit sur le dossier informatique dans les antécédents mais il n'existe aucun autre rappel.

Une fois sa toilette terminée, Monsieur V. se rend vers sa table où l'attendent son petit-déjeuner et ses médicaments. Le plateau du petit déjeuner est organisé comme d'habitude mais il ne parvient pas à retrouver son pilulier. Au bout de quelques temps, il le retrouve enfin et prend ce qui se trouve dans la case du matin, malgré la forme inhabituelle qu'il ressent au toucher. Monsieur V. n'aime pas déranger les équipes. La journée se passe normalement.

En début de soirée, Monsieur V. ressent de fortes douleurs abdominales. Il n'appelle les soignants que plus tard dans la nuit. A 23h00, un médecin de garde passe et décide d'envoyer Monsieur V. aux urgences pour douleurs abdominales aiguës intenses. A l'interrogatoire, on retrouve une possible ingestion de corps étranger. Le scanner abdomino-pelvien réalisé en urgence retrouve un aspect de péritonite débutante avec très probable perforation au niveau de l'intestin grêle. Le corps étranger est objectivé en regard de la perforation. Il a été décidé d'une intervention par laparotomie.

En post-opératoire, Monsieur V. est traité par antibiotiques et antalgiques. Cinq jours après l'intervention, Monsieur V. n'a toujours pas récupéré son transit. Il a une sonde naso-gastrique. Six jours après l'intervention, Monsieur V. a repris son transit, la sonde naso-gastrique a été retirée et Monsieur V. présente moins de douleurs. Douze jours après l'intervention, le patient semble aller mieux mais il a encore du sang dans les selles. Des examens sont prescrits et un rendez-vous auprès d'un gastro-entérologue est programmé. Quatorze jours après l'intervention, Monsieur V. est très bien tôt le matin. Quelques heures plus tard, il se plaint d'avoir très froid, puis présente rapidement une désaturation en oxygène puis un arrêt cardiaque.

Malgré la mise en œuvre de mesures de réanimation, Monsieur V. décède.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE:

Péritonite par perforation, conduisant à une intervention chirurgicale

CAUSE IMMÉDIATE

Distribution d'un médicament non déblistéré

CONTEXTE

La prévalence des handicaps sensoriels augmente avec l'âge. 20% environ des personnes âgées de 85 à 89 ans seraient aveugles ou malvoyantes et 38 % à partir de 90 ans. Parmi les principales causes de déficience visuelle chez les seniors, on retrouve les troubles de la vision non corrigés, la cataracte, le glaucome, ou encore la DMLA. Concernant les limitations auditives, 1 personne sur 2 présenteraient des difficultés auditives à 80 ans. (DREES Etude quantitative sur le handicap auditif 2014/ ORS Pays de la Loire La population en situation de handicap visuel en France 2005)



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liés à l'information du patient :

- Défaut d'information du patient sur le caractère non déblisté des médicaments. Le patient est très compliant et ne veut pas déranger. Il n'ose pas poser de questions.

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence de protocole de distribution de médicaments. Absence d'information de l'infirmière, nouvellement en poste, sur la nécessité de déblister les médicaments.

Défaillances humaines individuelles :

- Absence de vérification de la fiche de traitement par l'infirmière.

Défaillances liées à l'équipe :

- Défaut de traçabilité du handicap visuel du patient sur la feuille de soins.

Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Charge de travail importante réalisé par une nouvelle IDE (administration de médicaments à 70 résidents).

Défaillances liées au contexte institutionnel :

- Absence de culture sécurité et de gestion des risques dans l'établissement. Absence de fiche de signalement.



BARRIÈRES EXISTANTES

- Monsieur V. accepte son handicap et participe activement à la recherche et mise en place de solution.
- L'équipe est sensible au handicap de Monsieur V. puisse qu'elle a déjà trouvé des moyens qui permettent à Monsieur V. de gérer son quotidien (plateau repas organisé, pilulier adapté)



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

Actions de prévention :

- Mettre en place un support adapté qui résume les informations relatives au degré d'autonomie du patient.
- Rédiger un protocole d'administration de médicaments avec le médecin coordonnateur, les IDE et la cadre de santé, en incluant les processus de préparation et d'administration des médicaments.
- Mettre en place une alerte sur le dossier concernant les handicaps des résidents /graphisme et couleurs revus pour les avertissements.
- Sensibiliser les équipes sur l'intérêt de la communication avec les résidents.
- Doublage/ tutorat des nouveaux professionnels

Actions d'atténuation :

- Organiser une vigilance particulière suite à prise des traitements.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- DGOS Guide qualité de la prise en charge médicamenteuse 2012
- Qualité de la prise en charge médicamenteuse, Omédit Basse Normandie, Avril 2013
- ARS ARA Guide sur la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD / MAS-FAM 2016