

FR2022-05

Date de parution :

09/06/2022

Catégorie :

Spécialité

Neurologie / Toute spécialité

Filière

MCO / Toute filière

Population

Toute population

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE ANALYSE APPROFONDIE

Interruptions de tâche successives à l'origine d'une 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

Savoir gérer les interruptions de tâches est essentiel pour le travail en équipe et la sécurité des patients,

Mettre en œuvre la règle des 5B est indispensable lors de l'administration de tout type de médicament,

Préférer le principe de précaution que la sous-estimation ou la banalisation d'un risque.



De quoi s'agit-il ?

Une erreur d'administration de dose d'Enoxaparine (0,6 ml au lieu de 0,4 ml)

Impact patient :

Aucun

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **J-15 à Jo** : Commandes d'Enoxaparine 0,4 ml à 4 reprises
- **Jo** : IDE 1 :
 - Fait son tour de soins d'AM
 - Arrive à la chambre de Mr D.
 - Prend connaissance de la prescription 0,4 ml d'Enoxaparine sur la pancarte Orbis du dossier informatisé du patient
 - Se déplace en salle de soins pour aller chercher le produit car elle n'en a pas sur son chariot
 - Constate l'absence d'Enoxaparine 0,4 ml dans l'armoire à pharmacie en salle de soins
 - Se dépanne avec le dosage à 0,6 ml d'Enoxaparine
 - Revient à son chariot et ouvre l'emballage de la seringue 0,6 ml afin d'éliminer 0,2 ml dans cet emballage
 - Est interrompue, elle pose la seringue et répond au téléphone

AS 1 attend que l'IDE 1 finisse la conversation téléphonique pour lui faire part d'un questionnaire sur la prise en charge d'un patient, l'IDE 1 lui répond

IDE 1 reprend la seringue d'Enoxaparine 0,6 ml dans les mains + compresses alcoolisées, et voit un patient programmé arriver, regarde l'heure, s'aperçoit qu'elle est en retard

IDE 1 se rend auprès du patient et lui injecte l'Enoxaparine en sous-cutané dans sa totalité

IDE 1 retourne à son chariot pour évacuer la seringue et les compresses souillées puis se connecte pour valider l'administration sur le dossier informatisé du patient

IDE 1 réalise qu'elle n'a pas purgé la seringue

IDE 1 informe l'interne immédiatement de l'erreur pour la conduite à tenir

IDE 1 valide le soin en notant en commentaire le dosage administré par erreur sur le dossier informatisé du patient

IDE 1 informe le patient

Causes immédiates identifiées

- Erreur de préparation d'Enoxaparine
- Non application de la règle des 5B au moment de l'administration médicamenteuse
- Reprise de tâche non sécurisée après interruption

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	/
Individu (soignant)	<ul style="list-style-type: none"> - Stress car retard, - Banalisation de médicament à risque type HBPM, - Manque de sensibilisation à la gestion des interruptions de tâches, - Pas de connaissance des techniques de reprise de tâches.
Équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Banalisation des interruptions de tâches et gestion du téléphone pendant l'administration de médicaments, - Absence de gestion des commandes de médicaments en regard de la dotation, en lien avec une place insuffisante de rangement dans l'armoire à pharmacie pour stocker l'intégralité de la dotation.
Tâches à accomplir	Absence d'anticipation de la préparation du soin injectable.
Environnement de travail	Charge de travail
Organisation Management	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de visite de conformité de l'armoire à pharmacie et de révision de la dotation depuis plus de 2 ans - Changement de marché des HBPM depuis plusieurs mois : nouvelle référence plus volumineuse - Absence de livraison au sein du service de la commande de médicaments réalisée à la Pharmacie à usage intra hospitalier
Contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Système de gestion plein vide en cours de déploiement dans l'établissement, non mis en place dans cette unité - Ressources pharmaceutiques fortement mobilisées sur le déploiement du système de gestion plein vide de l'établissement, ce qui engendre un retard des visites de conformité et du suivi des révisions de dotation des unités de soins non concernées actuellement par le déploiement du système de gestion plein vide

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	Aucune
Atténuation	Surveillance du patient et information du patient



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, former les professionnels paramédicaux aux interruptions de tâches	Prévention	Récupération	Atténuation
Mettre en place des outils visant à diminuer les interruptions de tâches (Exemple : post-its si non urgent)	Prévention	Récupération	Atténuation
Connaître les modalités de reprise de tâche après interruption	Prévention	Récupération	Atténuation
Informers, former les professionnels IDE sur la notion de médicaments à risque et de never event	Prévention	Récupération	Atténuation
Actualiser la dotation des HBPM	Prévention	Récupération	Atténuation
Optimiser le rangement des HBPM dans l'armoire à pharmacie	Prévention	Récupération	Atténuation
Réviser la dotation de l'unité a minima pour les médicaments à risque	Prévention	Récupération	Atténuation
Informers et tracer l'événement indésirable ou le dommage associé aux soins	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- QualiREL Santé. Kit Parole d'IMPACTT. disponible sur : <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/kit-paroles-dimpactt/> accédé le 15 avril 2022.
- HAS. Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments. Mai 2013. 180 p.

