

EPR remarquable

EPR remarquable

Accréditation des médecins et des équipes médicales

Chirurgie Infantile

Erreur d'administration d'un soluté de perfusion poly ionique

Résumé synthétique

Enfant de 5 ans opéré d'une colectomie. En retour de bloc, l'enfant est perfusé avec un soluté isotonique (intitulé habituel dans le service « B27 + ions »)

Au 2^o jour postopératoire (un samedi), L'IDE détecte au contrôle par bandelette urinaire une acétonurie (+++). Contacté par téléphone, le médecin de garde prescrit la modification de la perfusion avec du glucosé 10% (intitulé habituel dans le service « B 45 + ions »).

Les jours précédant, pour un problème de rupture de stock, la pharmacie hospitalière avait approvisionné le service avec des solutés de marque et de nom différents : le « compensal 15g10 » remplace le « B45 + ions » sans que les IDE soient informées.

Dans l'armoire des solutés, L'IDE prélève et administre un flacon de glucose 50 % hypertonique (« G 50 ») parce qu'elle le confond avec le flacon de « Compensal 15g10 ».

Au bout de 3 heures, la surveillance

systématique de la bandelette urinaire fait apparaître une glycosurie (+++) et une disparition de l'acétonurie.

L'IDE s'aperçoit de son erreur et arrête la perfusion.

L'étiquetage et la présentation des flacons de « Compensal 15g10 » et de « G 50 » ont été à l'origine de la confusion puisque que les flacons sont très similaires, de même taille, avec le même bouchon rouge et la même calligraphie. Les étiquettes sont identiques (en raison de la standardisation réglementaire) mais difficilement lisibles.

Il est à noter que le stockage des solutés dans le service n'avait pas fait l'objet d'une réflexion particulière.



Le « B 27 » devait être remplacé par le Compensal 15 G10



Même format
Même bouchon
Que le G 50



EPR Remarquable en chirurgie infantile

Analyse des causes

Causes immédiates et latentes identifiées :

- Erreur de routine : défaut de vérification des solutés
- Confusion de solutés majorée par un étiquetage peu discriminant
- Défaillance dans l'approvisionnement des produits usuels
- Défaut de communication sur la substitution réalisée lors de la fourniture des produits dans les services
- Absence de documents d'aide à la décision disponibles sur les différentes présentations de solutés de perfusion poly ioniques avec des dénominations par acronymes.
- prescription orale
- stockage anarchique dans l'armoire des solutés

Analyse des barrières

Barrières qui ont arrêté l'événement avant qu'il ne devienne un événement indésirable grave :

Seule la vigilance du soignant APRÈS administration a permis la détection, l'identification puis la récupération

Barrières qui n'ont pas fonctionné :

Absence de contrôle ultime avant l'administration d'un médicament

Respect des bonnes pratiques de prescription

Politique d'achat et d'approvisionnement des médicament au niveau de l'établissement

Non recours ou absence de supports d'aide à la décision

Actions utiles identifiées pour éviter que l'événement ne se répète

Rappel au personnel de l'intérêt et de l'obligation d'un contrôle ultime du produit à administrer par la lecture de l'étiquette, particulièrement pour les flacons des solutés de perfusion.

Stockage avec séparation "marquée" des solutés isotoniques et hypertoniques sur les rayonnages des armoires à pharmacie dans le service.

Affichette d'alerte et de rappel dans le lieu de stockage.

Rappel des règles de prescription écrite de la part du médecin et si possible commentée au soignant.

Au-delà du service, nécessité d'un travail conjoint avec la pharmacie pour :

- établir des documents d'aide à la décision et les actions de communication en cas de substitution pour défaut d'approvisionnement au niveau institutionnel,
- étudier la nécessité de conserver cette référence dans le stock et de gérer nominativement cette référence.

Cette confusion entre les deux solutés a fait l'objet d'un signalement à l'AFSSAPS.

Maintenant



Etiquetage des différentes concentrations de glucosé ;
Les bouchons sont différents en fonction de la concentration .

Le « Compensal » est à part.
Les bouchons sont différents selon les concentrations mais le 15G10 a toujours un bouchon rouge (fabriqué par le même laboratoire)



Maintenant (suite) Vue d'ensemble des rayonnages



Etages du
« Compensal »

Réflexions et enseignements

MEDICAMENTS DANGEREUX

L'erreur humaine est inévitable, nous enseigne J.Reason, alors comment réduire le risque de survenue de ce type d'événement ? Il faut changer les conditions dans lesquelles les soignants travaillent, c'est-à-dire traiter les causes profondes (organisationnelles et techniques) ayant favorisé la survenue de l'événement. L'analyse des barrières qui ont ou pas fonctionné et leur révision procède de ce changement (une barrière est une mesure de contrôle installée pour accroître la sécurité du système). Mais toutes les barrières n'ont pas la même efficacité. L'on devine que face à une erreur de routine (défaut d'attention), le rappel de la règle de vérification du médicament avant administration (Barrières administratives : protocole ou note de service) risque de n'avoir qu'un effet transitoire. Les barrières humaines de contrôle sont plus efficaces mais demandent des ressources et une culture du risque suffisante pour appréhender leur importance (double contrôle, contrôle croisé, par exemple). Les barrières physiques sont particulièrement efficaces et renforcent utilement un processus : en l'espèce, la séparation physique des solutés dangereux (hypertoniques) des produits moins dangereux (isotoniques) évite leur saisie par erreur d'attention. Le marquage spécifique de la zone renforce la prévention de cette erreur. (C'est le cas également pour le stockage des stupéfiants, et le rangement des médicaments par tableaux thérapeutiques).

Egalement, un dispositif sera d'autant plus sécurisé, qu'il existe à la fois des barrières de prévention comme évoqué précédemment, mais également des barrières de récupération qui permettent d'annuler les conséquences d'un événement initial déjà constitué et d'atténuation qui permettent d'atténuer les conséquences de l'accident totalement constitué.

Références :

HAS ; « Guide d'administration du médicament »

Projet International HIGH 5 :

https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/Managing_Concentrated_Injectable_Medicines.doc