

"Erreur médicamenteuse au bloc"

par Bruno FRATTINI, Cadre Supérieur de Santé IADE – Expert en prévention des risques



Compte rendu synthétique REMED

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.

Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

1. Données administratives			
Pôle.....	Anesthésie – Bloc	Cas de la REMED.....	Erreur dose
Animateur(s).....	RAQ-GDR	Date de la réunion.....	
Secrétaire de séance.....	Secrétaire service		

2. Caractérisation de l'erreur médicamenteuse			
Catégorie du produit de santé	Morphinique	Nature de l'erreur	Erreur dosage
Libellé du produit de santé 1	Sufenta®	Niveau de réalisation	Erreur avérée/identifiée
Libellé du produit de santé 2		Gravité constatée de l'EM	Majeure
Libellé du produit de santé 3		EM porteuse de risque	Oui
		Étape initiale de survenue	Administration

3. Résumé des faits
<p>Patient de 57 ans. Adressé par son médecin traitant à un chirurgien digestif pour suspicion de hernie inguinale du côté droit. Le bilan du praticien confirme la nécessité d'un traitement chirurgical. Le malade accepte d'être opéré. La consultation d'anesthésie ne relève aucune contre-indication à la réalisation d'une anesthésie générale, protocole retenu par le patient.</p> <p>Le jour J, le malade est installé en salle d'opération une fois toutes les vérifications d'usage réalisées. L'induction débute. Le MAR administre 15 mcg de Sufenta®. L'hyper oxygénation est débutée. Le patient perd connaissance rapidement et est complètement aréactif. L'IADE ventile le patient, puis l'intube. Les constantes restent stables, hormis une bradycardie à 45 battements par minute. L'équipe d'anesthésie essaie de trouver une explication à cet incident.</p> <p>L'IADE reprend tous les contenants des médicaments d'anesthésie préparés et se rend compte que c'est la seringue non diluée qui a été injectée alors que la concentration du médicament était bien précisée. Dans l'armoire des stupéfiants, il n'y avait plus d'ampoule de Sufenta® 50 mcg / 10 ml. L'IADE a donc pris une ampoule de Sufenta® de 250 mcg/5 ml, soit 50 mcg/ml au lieu d'une concentration de 5 mcg/ml habituellement. Le patient a donc reçu 10 fois la dose de Sufenta®. En raison d'une rupture de stock d'ampoules de 50 mcg/10ml, la pharmacie a mis à disposition du bloc opératoire temporairement une dotation d'ampoules de 250 mcg/5ml.</p> <p>Le patient pourra bénéficier de l'intervention chirurgicale prévue. Par contre, son passage en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle sera beaucoup plus long qu'à l'habitude.</p> <p>Suites : le patient a dû bénéficier d'une hospitalisation complète au lieu d'une prise en charge en ambulatoire. Malgré cet incident, le malade n'a pas manifesté d'hostilité particulière. Déclaration EI sur BMK.</p>

4. Causes et facteurs contributifs			
M : Facteurs liés aux médicaments		E : Communication au sein de l'équipe	
M : Facteurs liés au dispositif médical associé	X	E : Dynamique et interactions	
P : Pathologies et comorbidités	X	E : Encadrement et supervision	
P : Environnement social et familial		CT : Charges et conditions de travail	
P : Personnalité et comportement		CT : Locaux et mobiliers	
P : Expression et communication, aptitude aux soins		CT : Fournitures et équipements	
S : Qualification, compétences, aptitudes techniques	X	CT : Informatique	
S : État physique ou psychologique	X	CT : Hygiène et maintenance	
S : Capacités relationnelles, motivations, adaptations		O : Attribution des responsabilités	
PP : Pratiques générales		O : Gestion des compétences et des effectifs	
PP : Protocoles et procédures		O : Formation et apprentissage	
PP : Pratiques logistiques des produits de santé	X	O : Planification des tâches	
PP : Pratiques liées à la prescription		O : Organisation de proximité	
PP : Pratiques liées à la dispensation		O : Culture Qualité Risques Sécurité	
PP : Pratiques liées à l'administration/implantation	X	I : Contexte réglementaire, économique	X
PP : Pratiques liées au suivi clinique		I : Gestion du personnel	
PP : Pratiques liées aux transitions		I : Politique de sécurité des soins	X
PP : Pratiques liées à l'éducation thérapeutique		I : Liens avec d'autres structures	

5. Plan des actions d'amélioration			
Action 1	Éviter de modifier les dotations de manière unilatérale (pharmacie)	Cadre secteur + pharmacien	
Action 2	Prendre en compte les rythmes de travail dans l'affectation des ressources humaines	Cadre secteur	
Action 3	Sensibilisation des professionnels sur la lecture des étiquettes des seringues	Cadre secteur	

6. Liste des participants	
IADE 1.....	Cadre supérieur de pôle
IADE 2.....	Cadre secteur
IADE 3.....	Chef de service
MAR 1.....	RAQ - GDR
Attaché.....	

7. Communication					
Information du patient et de son entourage	<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Signalement à l'ANSM	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/> Non

8. Rajout d'informations complémentaires, à des fins pédagogiques, effectué dans le cadre de ce mémoire

Causes retenues dans l'analyse de l'EM :

M : Utilisation inappropriée, inadaptée, absente

P : Exposition au risque de *never event* (médicaments à haut risque, etc.)

S : Erreur de calcul : relative à la dose, à la concentration

S : Fatigue, manque de sommeil

PP : Indisponibilité des produits de santé : problème d'approvisionnement

PP : Erreur de préparation extemporanée du médicament

I : Pression de production (ce jour-là...)

I : Retour d'expérience non partagé