



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Septembre
2021

N° 7 – Erreur de distribution de médicament en EHPAD



Chronologie des faits

J0 18h00	L'infirmière de l'EHPAD effectue la distribution des piluliers individuels des résidents en commençant par ceux qui dînent en salle en manger commune.
18h15	Elle prend l'initiative de déposer les piluliers sur les plateaux des résidents qui mangent en chambre plutôt que de les distribuer directement aux résidents comme le prévoit la procédure interne.
18h45	Les plateaux repas sont distribués comme tous les soirs par une aide-soignante. Elle est, ce jour-là, accompagnée par un stagiaire en apprentissage professionnel.
18h50	L'aide-soignante apporte le plateau de monsieur A. Après l'avoir installé, le stagiaire ouvre le pilulier et administre le traitement au résident.
19h00	En apportant le plateau à monsieur N., l'aide-soignante s'aperçoit que le pilulier qui est sur le plateau est celui de monsieur A.
19h05	L'erreur d'administration du traitement à monsieur A est constatée et l'infirmière est contactée.
19h10	L'infirmière et le médecin coordonnateur sont alertés.
19h15	Un appel est passé au centre antipoison. Compte tenu de la nature et du dosage des médicaments donnés par erreur (dont un anti-diabétique), le médecin préconise une surveillance horaire des paramètres vitaux (conscience, pouls, tension artérielle et glycémie) pendant 12 heures.
J1 10h00	Les paramètres vitaux étant restés normaux toute la nuit, il est décidé d'arrêter la surveillance systématique.
J2 11h00	Alors que le résident n'avait présenté aucun trouble anormal jusque-là, son état de conscience se dégrade brutalement. Après appel au SAMU, il est décidé de l'évacuer sur l'hôpital.
J2 15h00	L'hôpital signale que le patient a fait un accident vasculaire cérébral. Il est reconnu que cet événement n'a aucun lien avec l'erreur thérapeutique de l'avant-veille.
J3 14h00	Le patient décède à l'hôpital.



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Administration à un patient de médicaments qui ne lui étaient pas destinés.
- **Conséquences**
 - Événement indésirable associé aux soins (EIAS) mettant potentiellement en danger le résident.
 - Impact sur l'organisation avec une augmentation de la charge de travail du fait de la nécessité de mettre en place une surveillance horaire des paramètres vitaux pendant toute une nuit.
- **Facteurs latents**
 - Non-respect des consignes internes en vigueur (procédure interne d'administration des traitements).
 - Défaut de vigilance concernant un soin à risque (répartition des piluliers sur les plateaux).
 - Glissement de tâche (administration de médicament confiée à une stagiaire, sans supervision).
 - Défaut de transmission entre l'infirmière et les agents chargés de l'aide à la prise médicamenteuse.
- **Causes immédiates**
 - Inversion de piluliers entre 2 résidents.
 - Délégation de tâche inappropriée pour la distribution de médicaments.
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - La vérification du pilulier de l'un des résidents a permis d'éviter de lui administrer le mauvais traitement.
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Non vérification de la cohérence des piluliers déposés sur les plateaux par l'infirmière.
 - Absence d'identification secondaire avant l'administration du médicament chez l'autre résident.



Actions d'amélioration identifiées

- Rappeler à tous les professionnels l'importance de la procédure interne relative à l'administration des médicaments et souligner les responsabilités de chacun dans ce domaine.
- Sensibiliser les salariés sur les principes et le rôle de l'identification secondaire dans la sécurité des soins.
- Inclure l'information sur les bonnes pratiques d'identification dans la procédure d'accueil des stagiaires et intérimaires.



Messages à retenir

- L'administration des médicaments en EHPAD est un acte à risque qui doit faire l'objet d'une procédure interne respectée par tous. Elle est réalisée ou supervisée par un infirmier.
- L'identification secondaire permet, avant tout acte, de vérifier la concordance entre la prescription et l'utilisateur à qui le soin est destiné. Elle est essentielle à la sécurité des soins et concerne tous les acteurs prenant en charge un usager.
- Les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments doivent être informées des doses prescrites et du moment de la prise.
- Le médecin prescripteur doit identifier les traitements qui sont à exclure des « actes de la vie courante » pouvant bénéficier d'une assistance réalisée par des personnes non diplômées.
- La survenue inattendue d'une fin de vie peut mettre en cause la responsabilité des acteurs, notamment lorsque celle-ci survient peu après un événement indésirable associé aux soins.
- Pour en savoir plus sur la sécurité du médicament en EHPAD, voir la [fiche publiée par l'ARS NA](#).