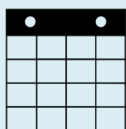


3 EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE

Erreur d'administration de médicament en milieu hospitalier

Type d'incident : erreur médicamenteuse/erreur d'administration/mauvais médicament



LES FAITS :

Erreur d'administration de médicament à une parturiente hospitalisée

J.0 : entre 11h40 et 12h00, une élève sage femme en 3^{ème} année est chargée par la sage femme de garde en salle d'accouchement, de poser un monitoring à une parturiente qui est hospitalisée dans le service de maternité. L'élève se rend seule dans la chambre et constate que la perfusion de la patiente est terminée et la présence d'un reflux de sang dans la tubulure. L'élève décide alors de retirer la perfusion et de réaliser une rinçure héparinée avant de mettre un bouchon sur la tubulure.

Elle se rend alors dans la salle de soins du service d'hospitalisation maternité, ouvre un des tiroirs de l'armoire à pharmacie qui n'était pas fermée à clef sur lequel est inscrit « héparine rinçure », prend une ampoule dans ce tiroir, prépare seule son injection sur la paillasse de la salle puis retourne dans la chambre de la patiente pour pratiquer l'injection. Elle pose le bouchon sur la tubulure.

Immédiatement, la patiente signale qu'elle ne se sent pas bien, qu'elle ressent des fourmillements dans tout le corps et qu'elle a envie de vomir, ce qu'elle fait juste après et présente un érythème facial important. L'élève sage femme alerte sans tarder en sonnant. Une sage femme présente dans le service hospitalisation maternité, arrive pendant que l'élève sage femme pose un monitoring de type « DINAMAP », appareil de mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, qui annonce une pression artérielle de 19/9 et un pouls à 120.

Les sages femmes alertent les médecins un médecin anesthésiste et un gynécologue de garde qui arrivent rapidement.

La pression artérielle de la patiente passe alors à 20/10 et elle vomit de nouveau. Les médecins décident de pratiquer une péridurale. La patiente est transportée en salle d'accouchement, la péridurale est posée et son état s'améliore. La pression artérielle revient à un niveau quasi normal soit 13/6 vers 12h.

La parturiente accouche à 19h d'un enfant qui se porte bien.

Dans la nuit, une sage femme découvre qu'une ampoule de DOPAMINE 50mg est présente dans le tiroir où sont rangées les "rinçures" héparinées. Elle retrouve une ampoule vide de DOPAMINE dans la boîte jaune des déchets piquants-coupants.

J.33 : L'évènement est signalé à l'ARS qui diligente une enquête sur place à J35.

#	LES DYSFONCTIONNEMENTS	LES CAUSES	LES MESURES PRISES
1	Défaut d'encadrement de l'élève sage femme L'élève sage femme étant en 3ième année et qui plus est, en stage dans le service depuis 3 semaines, était considérée comme autonome, d'autant plus que dans sa formation il lui était demandé de prendre des initiatives.	Pratiques défailtantes de l'établissement dans la surveillance et les tâches confiées aux élèves	Des règles précises sont désormais énoncées à l'élève en début de stage et appliquées. Une procédure est mise en place pour l'ensemble des services de l'établissement.
2	Armoire de médicaments du service non fermée à clef Cela a d'une part facilité l'introduction dans l'armoire d'ampoules de DOPAMINE et d'autre part permis à l'élève de se servir sans avoir à faire appel à une sage femme diplômée pour lui ouvrir l'armoire, ce qui aurait sans doute permis d'éviter l'incident	Non respect de la réglementation	Diffusion dans l'établissement d'une note de service rappelant l'obligation de fermer à clef les armoires de médicaments et aux personnels de vérifier les médicaments avant injection. Rappel de la réglementation.
3	Présence de deux ampoules de DOPAMINE dans le tiroir des rinçures héparinées Cette anomalie n'a pu être expliquée.	Armoire de médicaments ouverte	Appel à la vigilance Informatisation du circuit du médicament permettant de vérifier les stocks
4	Défaut de vérification du médicament avant injection L'élève sage femme n'a pas vérifié le produit avant de l'injecter, ce qui aurait permis d'éviter l'incident à sa source	Manque d'expérience	Diffusion dans l'établissement d'une note de service rappelant l'obligation de fermer à clef les armoires de médicaments et aux personnels de vérifier les médicaments avant injection

Principaux enseignements :

- Nécessité de bien encadrer les élèves et les stagiaires,
- Nécessité de bien tenir fermée l'armoire à médicaments,
- Importance du contrôle systématique du médicament avant administration