

Synthèse

Analyse d'un cas pratique : erreur d'administration lors de la rinçure d'une chambre implantable

Nathalie Depoire (DU Droit, Expertise et Soins)

10, rue du Maréchal-Juin, 25200 Montbéliard, France

Résumé

Ce cas pratique, issu du réel, traite de l'analyse d'une affaire dramatique : une IDE commet une erreur d'administration lors de la rinçure d'une chambre implantable, et le patient en décède. Après un avis d'expert, sont analysées les suites procédurales possibles sur le plan pénal, civil et disciplinaire.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Présentation du service

Les faits se déroulent dans un centre hospitalier de 1198 lits qui résulte de la fusion de deux établissements hospitaliers. Toutes les disciplines chirurgicales, médicales et obstétricales sont présentes. L'établissement présente une organisation en dix pôles dont le pôle « médico-chirurgical » qui comprend deux services d'oncologie. Le service d'oncologie concerné comprend 24 lits d'hospitalisation conventionnelle.

L'organisation paramédicale du service prévoit deux infirmières et une aide-soignante par poste de travail en journée ainsi qu'une aide-soignante en horaire coupé. Chaque infirmière prend en charge un secteur de douze patients. Un cadre de santé, responsable de l'organisation paramédicale et de la qualité des soins, est présent du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 16 h 30.

L'équipe médicale comprend un chef de service, deux praticiens assistants. Chaque matin, un ou plusieurs médecins visitent les patients. Une présence médicale quotidienne est assurée de 8 h 30 à 19 h 00.

Adresse e-mail : nathdepoire25@gmail.com

2. Les faits

Monsieur F. a été admis dans le service d'oncologie le 14 septembre 2007 pour une première séance de chimiothérapie pour cancer du poumon à un stade avancé. La séance de chimiothérapie s'est déroulée sans incident et la sortie de Monsieur F. est programmée pour le lendemain 15 septembre 2007 à 11 h 30.

Vers 11 h 00, Madame G., infirmière, en salle de soins, dépose un plateau sur le chariot de soins et tous les produits et matériels nécessaires pour réaliser les soins programmés en fin de matinée soit :

- une poche de glucose 5 %, 1 litre pour la prescription de Monsieur P. (chambre 12), soin prescrit le matin lors de la visite ;
- 1 g d'orbénine, une poche de perfusion pour Monsieur C. (chambre 19), soin programmé ;
- ampoules en verre de KCl 20 % de 10 mL, soit 4 g de KCl pour Madame C. (chambre 21) prescrit le matin lors de la visite ;
- NaCl 0,9 % injectable, 20 mL, héparine sodique Dakota® 500 UI, 5 mL pour rinçure pour Monsieur F.

On retrouve également sur le chariot de soins l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation des injections : deux containers plastiques aiguilles et verres, un sac poubelle DASRI® jaune, un sac poubelle déchets ménagers gris, un flacon de solution hydro-alcoolique, gants, alcool, coton, seringues, tubulures, trocards, dossiers de soins.

À 11 h 20, Monsieur F. sonne car sa perfusion est terminée. Madame G. doit procéder à l'ablation de la perfusion et à la rinçure de la chambre implantable. Elle sait que ce patient l'attend et est pressé de sortir.

À son arrivée dans la chambre, Monsieur F. est debout devant la porte et lui dit : « C'est prêt ? Je vais bientôt partir ? ». Madame G. installe Monsieur F., retire la perfusion et procède à l'injection. Alors que 10 mL sont injectés, Monsieur F. se plaint de douleurs au point de ponction. Madame G. lui dit qu'il n'y a pas de raison puisqu'elle utilise de l'eau pour rincer.

Face aux réactions de Monsieur F., elle réalise qu'elle a cassé deux ampoules en verre alors que le NaCl prescrit est conditionné en flacon plastique. Elle tente alors de ré-aspirer le produit injecté et sort de la chambre pour aller prévenir le médecin. Elle alerte ses collègues au passage. Mesdames D. et M., aides-soignantes, et Madame O., infirmière, se rendent alors dans la chambre de Monsieur F. Madame G. prévient le Dr A. et le Dr M., chef de service, qui se trouvent alors dans la bibliothèque du service.

Le Dr A. suit aussitôt Madame G., ils prennent au passage le chariot d'urgence et rejoignent la chambre 17. Entretemps, l'oxygène est branché et le système d'aspiration est monté.

Le Dr A. prescrit :

- une injection sous-cutanée de 20 UI d'Actrapid® (insuline) injectée par Madame G. ;
- une injection de 40 mg de Lasilix® en intraveineuse, réalisée par Madame O. ;
- une ampoule de glucose 10 % de 10 mL en intraveineuse directe, puis mise en place d'un flacon de perfusion de 500 mL de glucose 10 %.

Quatre électrocardiogrammes sont réalisés (11 h 36, 11 h 37, 11 h 39 et 11 h 42). Le patient est en tachycardie.

Le Dr A. prescrit à 11 h 38 une ampoule de Cordarone® 150 mg en intraveineuse directe. L'injection est réalisée par Madame O. Le Dr A. sort de la chambre et téléphone aux urgences pour donner l'alerte. Mesdames O., G. et D. surveillent le patient et le ventilent.

Le patient présente un arrêt cardiaque. Madame G. rappelle le Dr A., qui prescrit une ampoule d'Adrénaline® de 5 mg en intraveineuse. L'injection est réalisée par Madame O. Un massage cardiaque externe est alors débuté, puis repris après que Monsieur F. ait été mis à terre.

Le Dr A. met en place le défibrillateur, sur batterie, et tente un premier choc, mais l'appareil ne fonctionne pas. Le défibrillateur est alors branché sur secteur. Un nouvel essai se révèle sans succès.

L'équipe d'oncologie est alors rejointe par l'équipe SMUR. Elle est composée du Dr M., d'une infirmière et d'un ambulancier. Le Dr M. prend en charge le patient. Elle pratique un choc électrique externe (CEE), un massage cardiaque externe (MCE) une intubation, une injection d'Adrénaline® (1 mg × 2).

La réanimation est arrêtée et Monsieur F. est déclaré décédé à 11 h 45.

L'équipe SMUR aide à remettre le corps de Monsieur F. sur le lit.

La toilette de Monsieur F. est réalisée par Mesdames D. et M. en présence de Madame G.

Un ami de Monsieur F., venu le chercher pour sa sortie, se trouve en salle d'attente, il est prévenu de son décès par le Dr A.

Le directeur de garde, Madame P., a été alerté à 13 h 00. Cette dernière informe le procureur vers 16 h 00 le 15 septembre 2007.

Les constatations d'usages sont faites par les officiers de police judiciaire. Le substitut du procureur et un médecin légiste se rendent sur place.

Madame G. est placée en garde à vue à 18 h 00.

3. Audition des sachants

3.1. Audition de Mme G., infirmière D.E

Madame G. déclare qu'alors qu'elle était en train de faire le tour auprès des patients, elle a vu la sonnette de la chambre 17 et a compris que l'hyperhydratation postchimiothérapie de Monsieur F. était terminée. Elle a alors interrompu son tour pour répondre.

Sur son chariot de soins se trouvait :

- une ampoule de sérum physiologique de 20 mL ;
- une ampoule d'héparine de rinçage de 5 mL ;
- deux ampoules de potassium de 10 % de 10 mL.

Elle dit avoir préparé le matériel nécessaire au rinçage de la chambre implantable, soit le sérum physiologique (20 mL) et 5 mL d'héparine. Alors qu'elle réalisait le rinçage et avait injecté la moitié de la seringue, le patient s'est plaint de douleurs en tenant son pansement de cathéter. Elle lui a alors dit qu'il n'y avait pas de raison puisqu'elle injectait « de l'eau ».

Madame G. dit avoir alors réalisé qu'elle avait cassé des ampoules en verre alors que le sérum physiologique est présenté en flacons plastifiés. Elle dit avoir pris conscience de son erreur, qu'elle avait injecté le mauvais produit en l'occurrence le potassium.

Elle a alors tenté de ré-aspirer le produit qu'elle venait d'injecter, elle signale ne pas avoir pu en retirer la totalité.

Elle dit être sortie de la chambre pour prévenir ses collègues et le médecin. Elle a prévenu le Dr A. et le Dr M., chef de service, qui se trouvaient dans la bibliothèque. Madame G. indique que le Dr A. l'a aussitôt suivie et qu'ils ont pris au passage le chariot d'urgence.

À son retour dans la chambre, elle retrouve ses collègues auprès de Monsieur F.

Selon Madame G., une nouvelle tentative de ré-aspiration du produit a lieu.

Monsieur F. est alors conscient.

Madame G. déclare que le Dr A. a alors prescrit : 20 UI d'Actrapid® en sous-cutanée (insuline), un litre de sérum glucosé à 5 % et un électrocardiogramme. Il a prescrit ensuite une ampoule d'adrénaline en intraveineuse, un second électrocardiogramme. Madame G. relate que Monsieur F. présentait une tachycardie pour laquelle le Dr A. a prescrit une ampoule de Cordarone®.

Madame G. dit avoir rappelé le Dr A. qui se trouvait dans le bureau des infirmières, car le patient était « aréactif ». Le Dr A. fait alors appel à l'équipe SMUR et revient dans la chambre.

Madame G. se souvient avoir alors descendu le patient au sol avec ses collègues afin de pratiquer un massage cardiaque associé à une ventilation au ballon.

Elle témoigne d'une seconde injection d'adrénaline inefficace. Le Dr A. demande alors le défibrillateur. Madame G. signale que le défibrillateur ne fonctionnait pas alors qu'il était en charge. Deux tentatives furent vaines. Elle décrit un essai avec appareil sur batterie, un autre avec l'appareil relié au secteur.

Madame G. déclare qu'à ce moment, l'équipe du SMUR est arrivée et a pris en charge la réanimation : mise en place d'un scope, poursuite du massage cardiaque et ventilation, nouvelle injection d'adrénaline par le Dr M., médecin du SMUR, intubation, défibrillation.

La réanimation demeurant inefficace, Monsieur F. est déclaré décédé à 11 h 45.

Madame G. signale que le Dr A. est alors allé prévenir le Dr M., chef de service, et puis a vu l'ami de Monsieur F. dans le couloir et lui a expliqué que ce dernier avait fait un arrêt cardiaque au moment de la rinçure de cathéter.

Elle dit avoir alors suivi la procédure habituelle lors d'un décès, toilette et rangement de la chambre avec ses collègues.

3.2. *Audition de Mme D., aide-soignante*

Madame D. dit ne plus se souvenir de l'heure exacte, mais situe les faits aux environs de 11 heures. Après avoir terminé les soins, elle se trouvait en salle de repos avec sa collègue Madame M. lorsqu'elles ont entendu crier. Elle se souvient être sortie et avoir trouvé dans le couloir Madame G. qui courait et appelait le Dr A.

Selon Madame D., Madame G. était terrifiée et leur a expliqué qu'elle s'était trompée de produit et avait injecté du potassium au patient de la chambre 17.

Face à ses déclarations, elle se souvient s'être précipitée en compagnie de Madame M. dans la chambre 17 ; elle déclare qu'à leur arrivée dans la chambre Monsieur F. était en train « de gasper », qu'elles lui ont tenu la main et lui ont parlé jusqu'à l'arrivée de Madame O., infirmière de l'autre secteur.

Madame G. et le Dr A. sont ensuite arrivés. Selon Madame D., les infirmières ont ensuite réalisé les prescriptions du Dr A. (injections, électrocardiogrammes). Elle dit être allée chercher de quoi monter une aspiration, que tout allait très vite, que l'état du patient s'est rapidement dégradé, qu'il a présenté un arrêt cardiaque. L'équipe l'a donc installé sur le sol pour le massage cardiaque. Elle signale que Madame G. participait à la réanimation et ventilait le patient tandis que le Dr A. effectuait le massage cardiaque. Elle signale également que le Dr A. souhaitait « choquer » le patient, mais que le défibrillateur n'a pas fonctionné.

Elle dit ne plus savoir qui a prévenu le SAMU, ni à quel moment, mais se rappelle que l'équipe SMUR est arrivée alors que les tentatives de défibrillation ne fonctionnaient pas.

L'équipe SMUR a pris le relais (ventilé, massé, choqué. . .) sans succès. Le décès du patient a alors été officialisé par le médecin du SMUR.

Madame D. signale qu'après avoir rangé leur matériel, l'équipe du SMUR a proposé son aide pour réinstaller le patient sur le lit, ce qui fut fait.

Elle a ensuite procédé au rangement de la chambre, ainsi qu'à la toilette mortuaire, avec ses collègues. Le linge de lit et le patient étaient souillés, tout a été mis au propre. Les affaires du patient ont été rassemblées, les déchets jetés en sac jaune. Elle se souvient que Madame G. l'a aidée, tandis que le Dr A. était allé prévenir le Dr M. chef du service, et qu'il a ensuite vu l'ami de Monsieur F. afin de lui annoncer son décès.

3.3. *Audition de Mme O., infirmière D.E*

Madame O. déclare qu'elle se trouvait dans la chambre 5 lorsqu'elle a entendu sa collègue Madame G. appeler « S., chambre 17 » (*S. étant le prénom du Dr A.*).

Au ton de la voix de sa collègue, elle dit avoir saisi la gravité de la situation et dès son soin terminé, avoir rejoint la chambre 17. À son arrivée dans la chambre, elle trouve Madame D. qui lui a déclaré que Madame G. avait injecté du potassium. Elle dit alors être repartie en salle de soins et avoir croisé Madame G. et le Dr A. qui revenaient vers la chambre avec le chariot d'urgence.

Elle se souvient des prescriptions du Dr A., soit une injection sous-cutanée d'insuline réalisée par Madame G. et une injection de 40 mg de Lasilix® en intraveineuse qu'elle a réalisée, ainsi qu'une ampoule de glucosé à 10 % suivie d'une perfusion de 500 mL de sérum glucosé à 10 %.

Elles ont ensuite réalisé des électrocardiogrammes. Le patient était alors en tachycardie et le Dr A. a prescrit une ampoule de Cordarone® en intraveineuse. Après cette injection, le médecin est sorti de la chambre.

Madame O. déclare avoir ventilé le patient, assistée de Madame D., aide-soignante ; quelques minutes plus tard, le patient était en arrêt cardiaque, Madame G. est donc sortie pour rappeler le Dr A. Le médecin a alors prescrit une ampoule d'adrénaline en intraveineuse que Madame O. a injecté. Le Dr A. a débuté le massage cardiaque sur le lit, l'équipe a ensuite mis le patient à terre et continué le massage cardiaque.

Madame O. relate également la demande du Dr A. de pratiquer un choc électrique, mais que le défibrillateur n'a pas fonctionné malgré deux tentatives successives. Après le deuxième essai, l'équipe SMUR est arrivée et a pris en charge le patient (massage cardiaque, chocs, intubation, injection d'adrénaline). Madame O. confirme l'arrêt de la réanimation et la déclaration du décès de Monsieur F. à 11 h 45.

Le Dr M., médecin du SMUR a extubé le patient et l'équipe SMUR a aidé à remettre le patient sur son lit. Selon Madame O., l'équipe d'oncologie a alors suivi la procédure de décès (toilette du patient, habillage, rangement de la chambre).

3.4. *Audition de Mme M., aide-soignante*

Madame M. déclare avoir entendu les cris de l'infirmière Madame G. et être allée à sa rencontre avec sa collègue Madame D. Madame G. leur a exprimé s'être trompée dans ses injections. Le Dr A. est arrivé quelques instants plus tard et a fait ses prescriptions aux infirmières, Mesdames G. et O. Elle relate avoir aidé de son mieux (oxygène, montage aspiration. . .) Elle dit être allée chercher le charriot à électrocardiogramme, et avoir aidé à installer le patient à terre pour le

massage cardiaque. Elle confirme également que le Dr A. a demandé le défibrillateur, mais que ce dernier n'a pas fonctionné, même branché sur secteur.

Une réanimation a également été tentée par l'équipe SMUR sans succès. Elle déclare également que l'équipe SMUR les a aidés à remettre le patient sur son lit après la déclaration du décès. Le médecin SMUR aurait même déclaré : « Profitez, il y a des hommes, on va vous aider à le réinstaller ».

Elle déclare ensuite que la toilette a été effectuée selon la procédure habituelle, les effets personnels de Monsieur F. rassemblés. Elle signale également que tout le linge (draps et couverture) a été mis dans un grand sac jaune, car il avait été souillé par le sang lors de la réanimation, ainsi que les seringues. Le sac jaune a ensuite été déposé sur le chariot à déchets et acheminé au sous-sol dans la benne située dans le local déchet d'oncologie.

Elle confirme également que le Dr A. a reçu l'ami de Monsieur F. pour l'informer de son décès et qu'il a également signalé le décès au Dr M. chef de service.

3.5. Audition du Dr A., médecin de garde, service d'oncologie

Le Dr A. se souvient avoir prescrit, le 15 septembre 2007, deux ampoules de potassium pour une autre patiente lors de la visite du matin suite à la lecture de son bilan sanguin. Il semble donc que l'infirmière, Madame G. ait inversé les ampoules. Il déclare ne pas s'expliquer cette erreur car ce n'est pas la première fois qu'il travaille avec elle et il n'y a jamais eu le moindre souci. Il précise que Madame G. l'a averti très rapidement et lui a tout de suite relaté l'accident sans chercher à cacher les faits.

Il dit avoir tenté une réanimation et prévenu le SMUR.

Il a rédigé le certificat de décès et reconnaît avoir commis une erreur en cochant « mort naturelle », mais il affirme qu'il s'agit d'une erreur liée à de la méconnaissance plus qu'à une volonté de cacher les faits ; le directeur de garde a d'ailleurs été prévenu et il a également rapidement informé son chef de service.

3.6. Audition de Madame S., cadre de santé du service d'oncologie

Madame S. était absente du service le matin du drame qui a eu lieu un samedi.

Elle précise que Madame G. avait ce matin-là en charge un secteur de douze chambres (chambre 11 à 22) occupées par neuf patients. La charge de travail était considérée comme modérée avec deux sorties programmées sur ce secteur. Son horaire de travail était ce matin-là de 6 h 30 à 14 h 10 et elle réalisait son troisième jour de travail.

Elle souligne que les ampoules de NaCl (sodium) et de KCl (potassium) sont correctement rangées dans deux tiroirs distincts dans la salle de soins, à deux niveaux différents et que chaque tiroir est étiqueté au nom du produit.

Elle signale également que le chariot de soins dispose de trois tiroirs, le premier contient des médicaments per os et des ampoules injectables pour le traitement des symptômes courants présentés par les patients traités par chimiothérapie. Le deuxième et le troisième accueillent les plateaux préparés pour les injections, perfusions, rinçures (plusieurs plateaux dans un même tiroir). Madame S. souligne que le service était en attente d'un chariot de la marque Allibert® qui offre un tiroir par plateau (commande faite depuis plusieurs semaines).

Interrogée sur le défibrillateur défectueux, elle reconnaît que la procédure prévoit un contrôle mensuel, alors que la traçabilité met en avant des contrôles réalisés le 18 mars 2007 et le 16 juillet 2007. Elle signale que suite à l'accident, le défibrillateur a été pris en charge par le service

biomédical et qu'à sa demande un autre défibrillateur en état de marche a été prêté au service d'oncologie.

4. L'expertise infirmière

Le juge d'instruction désigne par ordonnance un expert infirmier en application de l'article 156 du Code de procédure pénale.

L'expert infirmier a pu consulter :

- le dossier patient (médical et infirmier) ;
- le planning IDE et AS ;
- les recommandations générales lors des soins ;
- la procédure de rinçage des cathéters centraux et des chambres implantables (héparine Dakota®) ;
- la fiche technique : conduite à tenir en cas de décès dans un service de soins ;
- la fiche de suivi vérification défibrillateur ;
- le rapport d'autopsie.

4.1. Le fonctionnement du service, le 15 septembre 2007, était-il conforme ? (organisation, horaires...)

4.1.1. Les effectifs

Ce samedi 15 septembre 2007, l'effectif du service d'oncologie était conforme à l'effectif habituel, soit deux infirmiers du matin, une aide-soignante en horaire du matin et une aide-soignante en horaire coupé (8 h 00/12 h 30 et 16 h 00/19 h 00). Deux médecins étaient présents au moment des faits, le Dr M., chef de service et le Dr A. médecin attaché.

4.1.2. Les horaires

Madame G. avait ce matin là en charge un secteur de douze chambres (chambre 11 à 22) occupées par neuf patients. La charge de travail était donc considérée comme modérée avec deux sorties programmées sur ce secteur. Son horaire de travail était ce matin là de 6 h 30 à 14 h 10 et elle réalisait son troisième jour de travail (cf. audition du cadre de santé et planning).

4.1.3. L'organisation des soins

Des fiches de postes existent et sont connues des acteurs de soins. L'organisation des soins est coordonnée par Madame S., cadre de santé en lien avec le chef de service et la direction des soins de l'établissement. Les ampoules de chlorure de sodium (NaCl) et de chlorure de potassium sont correctement rangées dans deux tiroirs distincts dans la salle de soins, à deux niveaux différents et chaque tiroir les contenant est étiqueté au nom du produit correspondant.

Cependant il est apparu que les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) n'ont pas fait l'objet de mesures d'information relayées auprès du personnel soignant de l'établissement concerné ; le Comedims (rendu obligatoire en 2000, le Comedims a pour mission la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur d'un établissement de santé), attendant le 1^{er} octobre pour diffuser une note d'information relative au changement d'étiquetage.

De plus, la circulaire n° DHOS/E2/AFSSAPS/2007/156 du 16 avril 2007, relative aux mesures à mettre en place par les établissements de santé en vue d'adopter une organisation sécurisée de

la substitution des anciens conditionnements de certains médicaments par les nouveaux conditionnements en raison de modification d'étiquetages de spécialités pharmaceutiques injectables dans le cadre d'une harmonisation des mentions et d'une amélioration de la lisibilité, n'a pas été appliquée dans l'établissement. Or, la demande transmise par les services de la Direction de l'hospitalisation et organisation des soins (DHOS), demandait une application immédiate.

L'analyse des faits a également mis en évidence une défaillance du défibrillateur du chariot de soins du service d'oncologie alors que le médecin souhaitait l'utiliser lors de la tentative de réanimation. La fiche de suivi traçant la réalisation des tests du défibrillateur met en évidence des contrôles très ponctuels. Or, s'il n'existe aucune législation concernant l'obligation de contrôle et leur fréquence, de nombreuses recommandations posent la nécessité de tests mensuels voire hebdomadaires du défibrillateur afin de s'assurer de son bon fonctionnement.

On peut noter lors de l'expertise, mais après les faits, qu'une autre organisation a été mise en place concernant la vérification du chariot d'urgence.

De la même manière, l'étiquetage du casier de chlorure de potassium revêt une autre présentation. Les rangements sont toujours en deux tiroirs mais plus éloignés et le potassium est à présent distingué des autres électrolytes.

4.2. La prise en soins de Monsieur F., par Madame G. a-t-elle été conforme aux normes de bonnes pratiques professionnelles ?

La séance de chimiothérapie réalisée le 14 septembre 2007 s'est déroulée sans incident et est conforme au protocole en vigueur, tout comme la programmation de l'hyperhydratation postchimiothérapie.

La réalisation de l'ablation de la perfusion (hyperhydratation postchimiothérapie) et la rinçure de la chambre implantable répondent aux compétences reconnues à Madame G. par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (CSP, Art. R. 4311-7).

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

(4) Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ; »

Cependant au regard de l'article R.4312-29 :

« L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise ».

Le rinçage de la chambre implantable de Monsieur F. n'a pas fait l'objet d'une prescription nominative type mais répond à un protocole de soin daté, signé et validé par le service d'oncologie et la direction qualité de l'établissement. Dès lors que ce soin était programmé, ce protocole aurait dû être appliqué.

Or, Madame G. a utilisé un produit qui ne correspondait pas à la prescription médicale concernant Monsieur F., puisqu'au lieu d'injecter du NaCl, elle a injecté 10 mL de chlorure de potassium 20 %, soit 2 g.

Les deux ampoules de chlorure de potassium présentes sur le chariot de soins correspondaient à une prescription faite le matin même lors de la visite par le Dr A. pour Madame X., patiente de la chambre 21. Son bilan sanguin présentait, en effet, un déficit en potassium et il s'agissait

donc d'ajouter ces ampoules à sa perfusion. Le chlorure de potassium doit être utilisé dilué. Un surdosage provoque des troubles du rythme cardiaque pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque.

L'obligation de vérification préalable à toute injection par le personnel infirmier est précisée par l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispense et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale. Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment au pharmacien sur sa demande.

La préparation du matériel nécessaire à la rinçure de la chambre implantable que Madame G. a réalisée dans le couloir et non en salle de soins répond aux recommandations générales lors des soins en application dans l'établissement.

En effet, en utilisant le chariot de soins organisé avec l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation des injections (deux containers plastiques aiguilles et verres, un sac poubelle DASRI® jaune, un sac poubelle déchets ménagers gris, un flacon de solution hydro-alcoolique, gants, alcool, coton, seringues, tubulures, trocards, dossiers de soins), Madame G. s'est créé un environnement de travail qui répond aux mêmes exigences de sécurité qu'une salle de soins.

S'il est vrai qu'il est plus généralement demandé au personnel infirmier de réaliser leur préparation en salle de soins, cette pratique dans le couloir n'est pas inhabituelle mais semble usuelle au sein de ce service (cf. témoignages des personnels lors des auditions).

Il est à noter également, qu'une démarche de réorganisation était en cours, puisque le cadre du service avait commandé deux nouveaux chariots de soins en février 2007 et que leur réception était prévue pour novembre 2007. Il avait été acté lors d'une réunion de service le 13 septembre 2007 de formaliser une nouvelle organisation de soins. Trois infirmières du service avaient été chargées de présenter un projet.

Madame G. s'est assurée de l'identité de son patient et avait pleinement conscience de pratiquer une rinçure de chambre implantable postchimiothérapie avant la sortie du patient. Pour réaliser ce soin, elle a bien pris deux seringues comme le stipule le protocole : l'une devant contenir 20 mL de NaCl et l'autre l'héparine Dakota®.

Il apparaît cependant que, lors de la préparation sur le chariot de soins, elle a déposé dans un même plateau le matériel destiné à la rinçure, mais également deux ampoules de potassium destinées à compléter la perfusion de Madame X. patiente de la chambre 21 (prescription faite dans l'heure qui précédait par le médecin lors de la visite).

Les diverses auditions et pièces examinées permettent de mettre en évidence qu'il s'agit là d'une inversion accidentelle et non intentionnelle de produit. Dès l'instant où Madame G. a réalisé son erreur, elle a tenté de ré-aspirer le produit et très rapidement alerté le médecin en lui signalant immédiatement l'inversion de produit. Madame G. n'a donc pas dissimulé son geste et a participé activement à la tentative de réanimation qui a suivi.

4.3. La réalisation de la toilette et le nettoyage de la chambre relèvent-ils d'une volonté de cacher des éléments ou d'une pratique usuelle ?

Les infirmiers diplômés d'État sont habitués à gérer des situations difficiles émotionnellement et sont donc contraints à une attitude professionnelle, obérant tout affect en se basant sur des procédures et protocoles validés par l'établissement dont ils dépendent.

L'examen de la procédure décès de l'établissement concerné met en évidence la conduite à tenir lors de tout décès mais ne précise aucun protocole pour un décès, ne relevant pas d'une mort naturelle et présentant un caractère médico-légal.

De plus, le Dr M. médecin du SMUR ayant prononcé le décès n'a fait aucune remarque à ce sujet, elle a au contraire proposé l'aide de l'équipe pour réinstaller le patient dans le lit afin de faciliter le travail de l'équipe d'oncologie pour procéder à la toilette.

Le Dr A. qui a rédigé le certificat de décès n'a pas demandé de démarches particulières. Il semblait lui aussi méconnaître cette procédure puisqu'il a établi un certificat de décès en cochant « mort naturelle ». Les aides-soignantes, Mesdames D et M., qui ont réalisé la toilette avec leur collègue, Madame G., témoignent avoir agi selon le process habituel. De la même manière, le rangement de la chambre et l'évacuation des déchets répondent à la procédure habituelle.

5. Responsabilité

5.1. *Sur le plan pénal*

La procédure pénale vise au prononcé d'une peine à l'encontre de l'auteur des faits, reconnu coupable d'infraction.

Le dommage est ici clairement établi : Monsieur F. est décédé.

La faute est avérée. L'erreur d'administration de médicaments a été immédiatement signalée et reconnue par Madame G. Dans la mesure où cette erreur note le non-respect du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004—article R. 4312-29 (contrôle et vérification).

Le lien de causalité est établi, les conclusions médicales du rapport d'autopsie indiquant que le décès est lié à l'injection de chlorure de potassium. Cette injection ayant conduit à un arrêt cardiaque.

Lorsqu'elle a réalisé la rinçure de la chambre implantable, Madame G. aurait dû respecter le protocole prévu et injecter du NaCl. Elle a par erreur injecté du chlorure de potassium.

Il apparaît qu'elle n'a pas respecté l'article R.4312-29 du décret n° 2004-802 qui stipule que « l'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise ».

La condamnation pour homicide involontaire, définie par l'article 221-6 du Code pénal, est encourue, la faute se dégageant ici de manière caractérisée.

5.2. *Sur le plan civil et administratif*

La responsabilité civile et administrative a pour objet l'indemnisation de la victime par le responsable. Il faut que trois conditions soient réunies : un dommage, un fait générateur et un lien de causalité direct et certain entre les deux.

Dans le cas d'une infirmière exerçant dans un établissement public de santé et donc agent de la fonction publique, c'est la responsabilité administrative qui est engagée.

Dans le cas de Madame G., il s'agit d'une erreur d'administration accidentelle et non intentionnelle. L'établissement a donc fait une déclaration auprès de son assurance.

5.3. Sur le plan disciplinaire

5.3.1. Au sein de la fonction publique hospitalière

La responsabilité disciplinaire se prononce sur l'aspect professionnel.

Madame G. est infirmière dans un hôpital et donc agent de la fonction publique hospitalière, sa situation entre dans le cadre du statut général. L'article 29 de la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires stipule : « toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale ».

La faute commise par Madame G. constitue un manquement aux devoirs, aux règles professionnelles, le non-respect du décret de compétences infirmières, et dès lors sa responsabilité disciplinaire est engagée.

Le directeur de l'établissement pourra donc saisir la commission administrative paritaire locale qui se réunira et siègera alors en conseil de discipline. Cela donnera lieu à un avis sur une sanction.

5.3.2. Devant l'Ordre infirmier

Les chambres disciplinaires de l'Ordre des infirmiers ont été instituées par la loi 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un Ordre national des infirmiers. Établies sur les mêmes articles concernant les chambres disciplinaires des médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes, les articles L.4124-1 et suivants du Code de la santé publique, elles s'appliquent, de facto, aux infirmiers.

Selon l'article L.4312-5-IV, l'employeur doit informer le Président du conseil régional de l'Ordre des infirmiers « de toute sanction disciplinaire mentionnée au premier alinéa de l'article L.4311-26 (1) du Code de la santé publique, prononcée en raison d'une faute professionnelle à l'encontre d'un infirmier relevant du secteur public ». En application de l'article L.4124-2 du CSP, certaines autorités seront, néanmoins, compétentes pour saisir les chambres disciplinaires de première instance, afin de traduire un infirmier relevant du service public : ministre en charge de la santé, représentant de l'État dans le département, procureur de la République, directeur de l'ARH.

Dans le cas, de Madame G., il s'agit donc d'une information de l'employeur auprès du Conseil Régional de l'Ordre infirmier. Considérant la date des faits et la date de mise en place effective des Conseils Régionaux de l'Ordre infirmier, il est peu probable que la solution ordinale soit envisagée.

6. Conclusion

« *Errare humanum est* ». Oui, l'erreur est humaine et le professionnel infirmier est avant toute chose un être humain qui comme tout un chacun est faillible et peut se tromper. Oui mais voilà, l'erreur d'un infirmier peut avoir des conséquences dramatiques, quand il s'agit de vies humaines. « *Errare humanum est, perseverare diabolicum* » cette locution latine signifie : « *Il est humain de se tromper, persévérer est diabolique* ».

Ce proverbe philosophique est souvent cité partiellement lorsque l'on cherche à atténuer une faute, considéré dans son ensemble il prend une autre dimension. Les erreurs n'excusent pas la négligence. C'est d'ailleurs ce que retient le droit : il n'y a pas volonté de nuire mais imprudence, négligence et cela est sanctionné par le Code Pénal.

Cette responsabilité de l'infirmière n'est-elle pas également partagée par l'institution dans la mesure où certains clignotants d'alarmes, formes de rappels à la vigilance, pourraient le

plus souvent être mis en place ? Dans le cas étudié précédemment, l'expertise met en évidence qu'une autre organisation de soins était programmée avec l'achat de nouveaux chariots. Ils avaient été commandés en février et leur livraison était prévue pour novembre. Certes, rien ne permet d'affirmer que cela aurait permis d'éviter l'erreur, mais la question est réelle.

De nombreuses recommandations sont transmises aux établissements, notamment depuis la création de la Haute Autorité de santé. Elles sont le fruit de réflexions professionnelles et ces travaux sont importants, mais les moyens nécessaires sont-ils réellement donnés aux acteurs de terrains ?

Connaître ses droits et se positionner, un concept trop souvent étranger à l'infirmier. Pourtant ne serait ce pas non plus une forme de prévention des risques ? En effet, qui mieux que ces professionnels, pivot de la chaîne pluridisciplinaire du soin, pourrait appréhender les possibilités d'amélioration ?