

FR2022-06

Date de parution :

09/06/2022

Catégorie :

Spécialité

Soins Palliatifs

Filière

Etablissement sanitaire :
Soins de longue durée

Population

Personnes âgées

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE ANALYSE APPROFONDIE

Erreur de dose de morphine suite à un défaut de lisibilité de la prescription

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

La notification d'un message d'alerte sur une prescription médicamenteuse peut être une source d'erreur elle-même si elle n'est pas précise ou que la présentation n'est pas assez ergonomique.



De quoi s'agit-il ?

Un patient en soins palliatif a reçu 5 fois la dose de morphine prescrite en sous-cutané suite à une erreur de lecture de la prescription. Seule une surveillance simple a été nécessaire, le patient n'a pas présenté de signes de surdosage.

Impact patient :

Aucun

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **Jo, 21h** : Absence de transmissions au changement d'équipe entre l'IDE de jour et l'IDE de nuit de l'étage voisin assurant les interventions si besoin dans cet étage.
- **J1, 6h15** : Appel de l'AS à l'IDE de nuit pour le patient qui présente une polypnée (respiration rapide).
- **6h18** : L'IDE de nuit lit le traitement en si besoin : "Morphine 1 Ap". Elle s'étonne, relit la prescription informatique, puis la prescription papier dans le classeur et relit "1 Ap".
- **6h22** : IDE de nuit prépare une ampoule de morphine (10 mg), l'injecte et valide "1 Ap".
- **8h** : L'IDE de jour constate l'erreur à la lecture du dossier patient avec la validation "1 Ap".
- **8h01** : L'IDE de jour signale l'incident au médecin et assure la surveillance du patient qui ne présentera pas de symptômes particuliers.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de dose lors de l'injection de morphine.

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Prise en charge en soins palliatifs.
Individu (soignant)	Fatigue de fin de nuit.
Équipe	Absence de transmission entre l'infirmière de jour et l'infirmière de nuit à Jo. IDE de nuit postée à un autre étage et qui ne suit pas habituellement ce patient.
Tâches à accomplir	Lecture incomplète de la prescription de morphine.
Environnement de travail	Défaut d'ergonomie du dossier patient informatisé : le message d'alerte associé à la prescription ("ATTENTION : 1 ampoule = 10 (dix) milligrammes (mg) => bien lire l'Up") se trouve au premier plan en majuscule et détourne l'attention de la prescription écrite en dessous en petit caractères (posologie : "2mg par prise maxi").
Organisation Management	Pas d'IDE de nuit dédié à cet étage, composé majoritairement de chambres d'EHPAD. Appel à des IDE de nuit des étages voisins si besoin.
Contexte institutionnel	Aucune.

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	Aucune.
Atténuation	Détection de l'erreur à la lecture du dossier 2 heures après l'administration, surveillance du patient

Perception du caractère évitable par les professionnels





Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Organisation de transmissions entre les IDE de jour et les IDE de nuit des étages voisins selon roulement.	Prévention	Récupération	Atténuation
Modification du message d'alerte : - sur le fond : ajout de la dose à administrer et du calcul à faire - sur la forme : retrait des majuscules	Prévention	Récupération	Atténuation
Mise en place de l'outil NO GO en cas de non-lever de doute	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments (HAS, 2016) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/outils-de-sec-urisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments

