

FR2024-08

Date de parution :
Décembre 2024

Catégorie :

Spécialité

Handicap

Filière

Médico social (MAS)

Population

Personnes dépendantes

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Surdosage de morphinique

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

Sécuriser les étapes clés du circuit du médicament n'est pas une option.

Dans une situation de retour de congés et sans transmission de l'équipe sur les modifications des dotations des stupéfiants, une confusion entre deux dosages est possible. Si on y ajoute une interruption de tâche de la part d'un résident qui a besoin d'échanger et la non vérification ultime avant administration, un évènement indésirable associé aux soins peut survenir.



De quoi s'agit-il ?

Erreur d'administration conduisant à un surdosage en morphinique, survenue chez un résident en séjour temporaire à la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), sans conséquence pour le résident.

Une IDE a confondu deux ampoules de morphine de volume identique et de concentration différente.

La dotation de stupéfiants du service a été modifiée pendant les congés de l'IDE concernée.

La confusion entre les deux ampoules a engendré un surdosage en morphine lors de l'administration.

Le médecin interne de garde a été alerté et après surveillance du résident, il n'a été constaté aucune conséquence clinique pour celui-ci.

Impact patient :

Surveillance accrue, inquiétude

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **J0** : Admission du résident en séjour temporaire à la MAS.
Première prescription de morphine 1 mg/ml en ampoule, posologie : 2 mg/prise, maximum 8 mg/jour si besoin, avec un intervalle minimum de 6 heures entre deux prises.
- **J0 à 17h** : La dotation de morphine de la structure ne comprenait que deux ampoules de 10 mg/ml - 1 ml. Elle a été modifiée par la pharmacie pour ajouter 10 ampoules de 1 mg/ml - 1 ml, suite à la prescription.
- **J5** : Modification de la prescription par le médecin : 1 à 4 mg/jour si besoin, 1 mg/prise, intervalle entre deux prises 6h minimum.
- **J9** : Modification de la prescription par le médecin : 2 à 8 mg/jour si besoin, 2 mg/prise, intervalle entre deux prises 6h minimum.
- **J13 à 11h** : IDE de retour de congés (15 jours d'absence).
Elle prend connaissance de la prescription et retire 1 ampoule de morphine du coffre de la salle « médicaments ». Elle ne sait pas que la dotation a été modifiée et prend une ampoule de 10 mg/ml. Elle rencontre une collègue dans le couloir qui lui dit que la dotation a été modifiée et que des ampoules de morphine 1 mg/ml - 1 ml ont été ajoutées. Elle fait demi tour et récupère deux ampoules de morphine 1 mg/ml - 1 ml.
- **J13 à 11h10** : L'IDE pose sur son chariot de soins 2 ampoules de morphine 1 mg/ml - 1 ml et 1 ampoule de morphine 10 mg/ml - 1 ml. L'IDE discute avec le résident qui a besoin de temps pour s'exprimer.
- **J13 à 11h15** : Injection d'une ampoule de 10 mg/ml - 1 ml et 1 ampoule de morphine 1 mg/ml - 1 ml, soit 11 mg de morphine au total, à la place des 2 mg de morphine prescrits.
L'IDE se rend compte de son erreur en jetant les ampoules vides dans les DASRI.
- **J13 à 11h15** : Contact de l'interne de garde pour connaître la conduite à tenir. Surveillance du résident et prises de constantes régulières.
- **J13 à 12h10** : Absence de somnolence. Constantes du résident normales.
Pas de séquelle.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de dosage lors de l'administration de morphine au résident

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	- Résident en séjour temporaire non connu de l'IDE. - Résident qui a du mal à s'exprimer et se faire comprendre. Ceci a engendré une interruption de tâches.
Individu (soignant)	- IDE de retour de 15 jours de congés.
Équipe	- Pas de transmission (orale ou écrite) entre IDE en cas de modification de la dotation de stupéfiants.
Tâches à accomplir	- Pas de vérification de la dose prélevée avant administration du médicament et non respect de la règle des 5 B
Environnement de travail	- Confusion possible entre des ampoules de morphine qui se ressemblent ("look-alike"), de même volume mais de concentration différente. - Interruption de tâches.
Organisation Management	- Coffre des stupéfiants situé en hauteur, dont on ne voit pas le contenu. - Pas de rangements séparés pour chaque spécialité.
Contexte institutionnel	/

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	
Atténuation	Prise en charge médicale, surveillance

Perception du caractère évitable par les professionnels



Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



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

Sensibiliser les IDE à la règle des 5B et à la vérification systématique de la règle des 5B avant administration d'un médicament (formation)	Prévention	Récupération	Atténuation
Sensibiliser les IDE aux risques liés aux interruptions de tâches (formation)	Prévention	Récupération	Atténuation
Déplacer le coffre de stupéfiants pour le rendre accessible et améliorer le rangement (séparation des spécialités)	Prévention	Récupération	Atténuation
Différencier les ampoules de morphine 1mg et 10 mg pour éviter le risque de confusion	Prévention	Récupération	Atténuation
Afficher la liste de la dotation dernière version sur le coffre en surlignant les modifications ou ajouts	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- HAS, Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments", 2013 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/guide-outil-s-de-securisation-et-d-auto-evaluation-de-l-administration-des-medicaments
- QualiREL Santé, kit "Paroles d'IMPACTT", 2022 : <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/kit-paroles-dimpactt/>
- HAS, Guide « L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées », 2016 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2618396/fr/interruptions-de-tache-lors-de-l-administration-des-medicaments

