



## Analyse de scénario

### Médecine

#### Fiche animateur

##### Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Deux patientes, respectivement âgées de 85 ① et 88 ans ②, sont hospitalisées en service de médecine pour altération de l'état général et décompensation de pathologies respiratoires et cardiaques dans un contexte de polypathologies aux traitements multiples.

Un traitement morphinique est en cours à raison de

- Pour la patiente ① 10 mg de sulfate de morphine LP matin et soir,
- Pour la patiente ② 10 mg de sulfate de morphine LP le soir, par voie orale, et de 5 mg de sulfate de morphine à effet immédiat, en interdoses par prescription anticipée personnalisée.

Durant le week-end du 23 et 24 janvier, une IDE intérimaire (diplômée depuis 3 ans environ) prend le poste d'après midi, en service de médecine. Elle a effectué une mission seulement au sein de l'établissement auparavant.

Le service de médecine possède 3 coffres pour le stockage des stupéfiants situés dans la salle de soins : un coffre pour les dispositifs transdermiques ou transmuqueux, un coffre pour les morphiniques par voie injectable et enfin un coffre pour les morphiniques par voie entérale.

Durant le week end, les patientes reçoivent une dose de 100 mg le soir du samedi et du dimanche. Le lendemain, elles présentent des troubles de la vigilance et pour la patiente ②, des clonies musculaires justifiant la recherche d'une étiologie neurologique et l'instauration d'un traitement antiépileptique par valproate par voie intraveineuse.

L'erreur médicamenteuse est suspectée 2 jours plus tard lors de la vérification des dotations de stupéfiants du service et le constat d'une discordance dans les stocks (4 gélules de 10 mg présentes, 4 gélules de 100 mg absentes alors que ce devrait être le contraire).

##### Description des conséquences.

La patiente ① évolue vers une récupération progressive de la symptomatologie liée au surdosage morphinique. La patiente ② va présenter une aggravation progressive du tableau neurologique et respiratoire malgré une tentative d'antagonisation au 6<sup>ème</sup> jour. L'étiologie des myoclonies ne peut être recherchée activement en raison d'un syndrome de glissement de la patiente et du refus de la famille. Elle décède 20 jours après le début des erreurs médicamenteuses.



## Analyse

### Causes immédiates :

Erreur de sélection et d'administration de Skénan® : 100 mg administrés alors que la prescription était de 10 mg, en raison de :

- Confusion des boîtes,
- Confusion entre 2 médicaments ???
- Autre ???

Surveillance spécifique des effets thérapeutiques des morphiniques insuffisamment réalisées (fréquence respiratoire, sédation).

Retard à l'administration de naloxone (possible dès l'évocation du surdosage).

### Conditions latentes :

#### Professionnels / facteurs individuels :

Non-respect des bonnes pratiques de réalisation des étapes de préparation, contrôle (produit, patient, prescription), administration et enregistrement des traitements morphiniques.

Surveillance spécifique des patients traités par morphiniques inadaptée.

Personnel intérimaire IDE ne connaissant pas le service de médecine.

#### Equipe :

Faiblesse de l'accueil et de la supervision du personnel intérimaire.

#### Tâches :

Absence de protocole spécifique de surveillance des patients sous traitement par morphiniques.

Absence de protocole d'antagonisation de la morphine.

#### Environnement :

Rangement dans le coffre à stupéfiant sans distinction des différentes spécialités et des différents dosages.

Excès de détention de produit de santé, le dosage 100mg étant prescrit plus aléatoirement.

#### Organisation :

Dotation du service en stupéfiants insuffisamment ré évaluée.

#### Institution :

Livret d'accueil des nouveaux arrivants ou intérimaires peu opérationnel.

## Médicament (REMEDI)

M5 : Similitude de conditionnement.

M20 : Excès de détention de produit de santé.

M24 : Erreur de lecture et/ou de sélection du médicament.

M52 : Absence de contrôle avant administration - pas de double contrôle.

M60 : Absence du suivi thérapeutique.

M61 : Suivi thérapeutique inadapté (antidote).

Autre / Administration : Absence de vérification quotidienne de la liste récapitulative des morphiniques.

## Enseignements tirés.

### Actions proposées par l'équipe

Sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament au sein de l'unité de soin par (exemples suggérées par l'équipe) :

- Le port d'un gilet lors de la préparation extemporanée de certains médicaments et la remise du téléphone à un collègue pendant la préparation de certains médicaments pour éviter les interruptions de tâches,
- Utiliser un panneau « ne pas déranger, le soin qu'elle réalise nécessite toute son attention ! »

Rappeler et assurer les règles de bonnes pratiques de l'étape de l'administration des morphiniques.

Etablir des procédures ou protocoles validés par le CLUD et le COMEDIMS concernant :

- La surveillance des patients sous traitement par morphiniques,
- L'antagonisation morphinique par la naloxone.
- 

Disposer d'une boîte spécifique pour ranger les morphiniques non utilisés dans la période en cours (ne laisser apparentes que les boîtes de morphiniques en cours d'utilisation).

Renforcer les vérifications de la dotation par une fiche spécifique qui sera testée pour effectuer un contrôle systématique lors de l'utilisation des morphiniques.

Revoir à périodicité définie la dotation du service en fonction des consommations (semestrielle par exemple).

Réactualiser le livret d'accueil pour les personnels remplaçants ou nouvellement arrivés (en intégrant entre autre l'appel pour urgence vitale)

Connaitre les difficultés organisationnelles des nouveaux arrivants ou remplaçants via un questionnaire.

### Références - Recommandations – législation ou littérature

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – HAS – Juin 2011
- Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé – DGOS- Février 2012
- Comment optimiser l'implication de l'équipe pharmaceutique dans la gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse du patient ? – SFPC – Amélioration des pratiques et sécurité des soins – Avril 2013
- Rapport de l'académie nationale de Pharmacie : la préparation des doses à administrer- PDA- la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. Juin 2013
- Vidal
- Omedit Centre – Haute Normandie – exemple de protocole de prise en charge d'un surdosage aux opiacés. Août 2013.
- Référentiel de pharmacie hospitalière - Société française de pharmacie clinique – Haute Autorité de Santé version 2010
- Manuel de la REMED, Société Française de Pharmacie clinique, 2013

