

Comprendre pour agir sur  
les événements indésirables associés aux soins

EIAS



## Erreur de dose de morphine lors d'une rachianesthésie

SPECIALITE : ANESTHESIE-REANIMATION

### L'histoire

Le médecin anesthésiste réalise une rachianesthésie pour une hystérocopie et une myomectomie chez une patiente de 40 ans épileptique.

Le geste est réalisé avec l'aide d'une infirmière anesthésiste de l'établissement habituée à cette pratique.

Le protocole applicable prévoit, après l'introduction de l'aiguille, l'injection d'un dixième du contenu d'une ampoule de morphine de 1mg soit 0.1mg.

L'infirmière anesthésiste prépare la seringue de morphine et la remet à l'anesthésiste qui l'injecte.

En contrôlant les ampoules vides après l'anesthésie, l'infirmière anesthésiste se rend compte qu'elle a utilisé une ampoule de morphine de 10mg au lieu de 1 mg.

La patiente a donc reçu 10 fois la dose nécessaire (1mg au lieu de 0.1mg).

L'infirmière avait prélevé la mauvaise ampoule du fait d'un rangement peu clair dans le coffre à toxiques.

Une surveillance plus importante de la patiente a été mise en place, d'abord en salle de soins post-interventionnels (SSPI) puis en unité de surveillance continue (USC) où elle a passé la nuit, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre le protocole NALOXONE.

Il n'y a eu aucune conséquence pour la patiente en dehors d'une légère somnolence.



### Analyse des causes

#### Cause immédiate

- Erreur de dosage de médicament
  - Confusion entre deux ampoules du même produit mais de concentration différentes.
  - Erreur lors du prélèvement de l'ampoule dans le coffre de toxique.

#### Causes profondes

- Facteurs liés à l'équipe
  - Défaut de vigilance du médecin et de l'infirmière anesthésiste
- Facteurs liés à l'environnement de travail
  - Stockage inadéquat : Mauvais rangement des toxiques dans le coffre : pas de séparation physique claire entre les ampoules de dosages différents. Accès difficile aux différentes ampoules dans le coffre
  - Présentation identique des deux types d'ampoule : même taille, même format, même couleur, même écriture
- Facteurs liés à l'organisation et au management
  - Pas de nécessité de deux concentrations d'ampoule dans le service

## Analyse des barrières

### ▶ Barrières qui ont fonctionné

- ▶ Le contrôle à posteriori des ampoules
- ▶ La capacité à surveiller la patiente en SSPI et en USC,
- ▶ L'existence d'un protocole et d'un kit NALOXONE

### ▶ Barrières qui n'ont pas fonctionné ou absentes

- ▶ La vérification avant utilisation des ampoules de médicaments
- ▶ La supervision par le médecin anesthésiste

## Actions identifiées pour limiter la survenue l'évènement ou réduire ses conséquences

- ▶ Sur la gestion des ampoules
  - Décider, avec l'équipe d'anesthésie, du maintien ou non des deux dosages de morphine au bloc opératoire,
  - Revoir, avec la pharmacie, le rangement des toxiques dans le coffre à toxiques du bloc, l'accessibilité, l'identification et la séparation physique des ampoules si les deux dosages sont maintenus.
- ▶ Sur le geste anesthésique
  - Élaborer, avec l'équipe d'anesthésie, un protocole de préparation et de réalisation d'une rachianesthésie, intégrant une checklist et des vérifications croisées,
  - Mettre en place une vérification croisée des ampoules de médicaments, avec une première vérification par l'infirmière lors de la préparation, puis une vérification par le médecin lors de l'injection (présentation et lecture à voix haute de l'ampoule et de son dosage).
- ▶ Information
  - Présentation du cas en revue de mortalité et de morbidité d'anesthésie pour alerter les médecins et autres personnels du risque de confusion entre les ampoules de morphine

## Réflexions et enseignements

### STOCKAGE DES PRODUITS DANGEREUX

L'analyse des signalements d'erreurs et de risques d'erreurs médicamenteuses<sup>1</sup> liés aux solutés injectables utilisés en anesthésie et rapportés à l'ANSM (ex Afssaps) entre les années 2005 et 2010 met en évidence que la majorité des erreurs potentielles et avérées sont survenues lors de l'administration même du médicament (65 %). Cependant, il a également été relevé des erreurs de délivrance (14 %), de rangement (15 %) ou de préparation (4 %). Il a été relevé dans 69 % des cas des erreurs de médicament, dans 26 % des cas des erreurs de dose, dans 3 % des cas des erreurs de voie d'administration et dans 2 % des cas des erreurs de patient. Dans la majorité des cas (84 %), une similitude des conditionnements a été mise en cause.

Cette étude<sup>1</sup> a montré que la similitude des conditionnements est à l'origine de nombreux signalements à la Cellule erreurs médicamenteuses de l'ANSM. Les résultats obtenus soulignent l'importance de la présentation des étiquetages des solutés injectables. De ce fait, une démarche d'harmonisation des étiquetages des solutés injectables a été mise en œuvre par l'ANSM, dans le but d'améliorer la lisibilité et la compréhension de ceux-ci.

## Références :

- (1) A. Rivière a, V. Piriou b Erreurs médicamenteuses en anesthésie : bilan et analyse des signalements reçus à l'Afssaps ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation ; Doi : 10.1016/j.annfar.2011.11.011
- HAS – Guide Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [http://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/Guide/BOITE\\_DOUBLE\\_VERIF.pdf](http://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/Guide/BOITE_DOUBLE_VERIF.pdf)
- Grille d'analyse ALARM : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes?xtmc=&xtcr=1)

Publié après avis du comité de lecture HAS du



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ