

# FICHE PARTAGE

Favoriser le partage d'expérience

JUILLET 2024



Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables



## Un débit au quadruple en service de soins

**CONTACT**  
erage@requa.fr

*Le cas présenté est un cas fictif, élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

### INCIDENT

M. Z est accueilli dans le service vers 18h, pour des douleurs abdominales aiguës, évaluées à 8 / 10 sur l'échelle numérique, et pour lesquelles un traitement antalgique est prescrit par le médecin du service avant son départ.

Ce traitement antalgique prévoit la mise en place d'une pompe à morphine autocontrôlée (PCA), avec les paramètres suivants : « concentration 2 mg/ml, bolus 1 mg, période réfractaire 15 min, dose maximale 4 heures - 24 mg ».

Le patient est installé pendant le tour des médicaments du soir. L'infirmière réalise la préparation morphinique à partir d'une ampoule de 100 mg/5 ml. Pour programmer ce nouveau modèle de PCA qu'elle ne connaît pas, elle demande à sa collègue de lui expliquer rapidement comment fonctionne cette pompe et commence à la programmer, mais est interrompue deux fois par des appels téléphoniques de familles de patients souhaitant des nouvelles.

Trois heures plus tard, l'infirmière de nuit fait son tour et vérifie l'état des perfusions des patients et la programmation de la PCA de M. Z. Elle constate que M. Z est très somnolent, et, en réponse à ses questions, qu'il n'est plus en capacité de coter sa douleur. Elle appelle le médecin de garde pour un probable surdosage en morphine.

Une erreur de programmation est vite objectivée (1ml/h au lieu de 1mg/h), qui a entraîné l'administration en 4 heures de près de 100 mg de morphine. Il est également noté une surveillance incomplète de l'analgésie.

Le médecin administre de la Naloxone (Narcan®), antidote de la morphine, et cette erreur d'administration est finalement sans autre conséquence pour M. Z.

**ÉVÈNEMENT  
INDÉSIRABLE ASSOCIÉ  
AUX SOINS ET  
CONSÉQUENCE :**

Sédation importante  
liée à un surdosage  
morphinique

**CAUSE IMMÉDIATE**

Défaut de paramétrage  
du débit de perfusion  
(programmé en ml/h au  
lieu de mg/h)

### CONTEXTE

Les erreurs de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...) font parties des 15 « évènements qui ne devraient jamais arriver » (Never events) ciblés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Les études montrent que 1 perfusion sur 10 présente un risque d'erreur médicamenteuse. Dans 2/3 des cas le débit n'est pas conforme et dans 1/3 des cas les incidents sont liés à des erreurs de sélection du produit (concentration) et/ou diluant, selon la National Patient Safety Agency (*National Patient Safety Agency. Risk assessment tool for the preparation and administration of injectable medicines in clinical areas. London: NPSA; 2007*).



## DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉS LORS DE L'ANALYSE

### Défaillances liées à l'information du patient :

- Défaut d'information sur les signes de surdosage morphinique

### Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence de standardisation des prescriptions de morphinique avec les paramètres nécessaires à la programmation de la pompe : le débit de perfusion continue (ou débit de base) en mg/h – la dose des bolus (ou dose de secours ou supplément ou interdose) en mg – la période réfractaire (ou intervalle de sécurité entre 2 bolus) – le nombre de bolus autorisé (par heure)
- Absence de protocole ou fiche technique pour la préparation d'une PCA incluant une double vérification lors du calcul de dose et de la programmation pour ce médicament à haut risque
- Défaut de surveillance régulière de l'analgésie lors de la mise en place de la PCA

### Défaillances humaines individuelles :

- IDE dont l'expérience sur le montage et la programmation des PCA n'a pas été réévaluée (raisonnement en ml/h au lieu de mg/h)

### Défaillances liées à l'équipe :

- Interruptions de tâches multiples

### Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Coexistence de plusieurs modèles de pompes dans l'établissement
- Absence de formation des professionnels lors du dernier achat d'un nouveau dispositif d'administration

### Défaillances liées à l'organisation et au management :

- Absence de procédure prévoyant la validation de la formation antérieure d'un personnel nouvellement recruté ou le renouvellement des connaissances des professionnels en poste
- Pas de conduite à tenir institutionnelle face à l'interruption de tâches
- Transfert des Urgences vers 18h, juste avant le départ du médecin

### Défaillances liées au contexte institutionnel : /



### **BARRIÈRES EXISTANTES**

- Vérification de la programmation lors de changement de postes
- Alerte immédiate du médecin de garde devant l'apparitions d'effets indésirables



### **ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES**

- Prescrire systématiquement les morphiniques avec l'ensemble des éléments nécessaires à la programmation de la pompe
- Utiliser des modalités de préparation standardisées (fiche technique précisant le mode de calcul, la préparation du réservoir, la programmation, la double vérification...)
- Inscrire la double vérification de la programmation d'une PCA par une deuxième infirmière comme un incontournable
- Limiter les spécialités morphiniques disponibles avec concentrations différentes (1 mg/ml, 10 mg/ml, 20 mg/ml), et bien les différencier dans le coffre à stupéfiants
- Evaluer régulièrement les compétences IDE liées à ce « never events » : évaluation pour chaque nouvelle IDE dans le service, évaluation annuelle pour les autres
- Définir une conduite à tenir institutionnelle et l'attitude à avoir face aux interruptions de tâches.

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES**

- OMEDIT Centre-Val de Loire. B.A.-BA de la PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) (juin 2019).
- OMEDIT Normandie. Fiche RETEX sur la programmation d'une pompe PCA – morphine (août 2021).
- OMEDIT Haute-Normandie. Guide de bon usage des pompes PCA dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse (juin 2014).
- HAS. Flash Sécurité patient. Calcul de doses médicamenteuses : La règle de trois doit rester la règle. 16 décembre 2021