

## Confusion entre Morphine et Hydromorphone : Un risque omniprésent

*Le présent bulletin a été écrit conjointement par ISMP Canada et ISMP (États-Unis). Cet article paraîtra également dans le numéro du 1<sup>er</sup> juillet 2004 des Alertes! de l'ISMP.*

ISMP Canada a récemment reçu la déclaration d'un accident impliquant un patient âgé de 69 ans ayant reçu une dose de 10 mg d'hydromorphone au lieu de 10 mg de morphine. Cette situation a probablement contribué au décès du patient. Le patient s'était présenté à la salle d'urgence pour une blessure à la poitrine subie lors de la pratique de l'équitation. Avant sa sortie de l'hôpital, le médecin de la salle d'urgence lui prescrivit une dose de 10 mg de morphine IM pour soulager sa douleur. L'hydromorphone fut sélectionnée par erreur dans le tiroir des narcotiques. La morphine et l'hydromorphone étaient entreposées dans la réserve de la salle d'urgence en ampoules de 1 mL, concentrées à 10 mg/mL. Au Canada, les deux produits sont visuellement distincts; néanmoins, les noms sont similaires et les concentrations sont identiques. Selon la table de conversion des doses équianalgésiques, le patient, qui n'avait vraisemblablement pas été exposé précédemment aux opiacés, a reçu une dose équivalant à environ 60 à 70 mg de morphine. Peu de temps après que le patient ait obtenu son congé de l'hôpital, un décompte des narcotiques révéla un écart pour les deux médicaments et l'infirmière détecta l'accident. Le personnel de l'hôpital tenta immédiatement de contacter le patient. Finalement, il fut localisé à la salle d'urgence d'un hôpital en région rurale situé à proximité de son domicile. L'état de santé du patient s'était alors détérioré; il fit un arrêt cardio-respiratoire peu de temps après. Malgré les manœuvres de réanimation entreprises, le patient décéda.

Au fil des ans, nous avons reçu de nombreuses déclarations d'incidents/accidents impliquant une confusion entre l'hydromorphone et la morphine. Certains accidents déclarés se sont révélés fatals. En fait, la confusion de ces deux médicaments est parmi les accidents les plus communs et les plus sérieux pouvant survenir avec deux médicaments de niveau d'alerte élevé. Ce risque est présent dans presque tous les établissements de soins de courte durée. Prévenez dès maintenant la survenue d'un événement semblable dans votre établissement en prenant les actions suivantes afin de réduire le risque de préjudices aux patients :

### **Limitez l'accès**

Réduisez la quantité d'hydromorphone en stock partout où cela est possible, et éliminez-la complètement des réserves d'étages lorsque son utilisation est peu fréquente. Par exemple, dans la région socio-sanitaire où cet accident a eu lieu, l'hydromorphone a été retirée de toutes les salles d'urgence. De plus, si l'hydromorphone est nécessaire, seul le format de 2 mg/mL est disponible en réserve d'étage dans les unités de soins, à l'exception des unités de soins palliatifs. La distribution de d'autres narcotiques à concentration élevée est également en cours de révision. La pharmacie continue de garder en inventaire de l'hydromorphone pour préparer des pompes d'analgésie contrôlées par le patient (PCA) et des perfusions continues.

### **Réduisez les choix**

Si les deux médicaments sont disponibles dans les unités de soins, évitez l'entreposage de concentrations identiques de morphine et d'hydromorphone. Par exemple, si les deux médicaments sont disponibles en seringues préremplies de 2 mg et 4 mg (comme c'est le cas aux États-Unis), gardez en réserve d'étage des présentations de 2 mg d'hydromorphone et de 4 mg de morphine (et non vice versa, 4 mg d'hydromorphone pouvant être une dose excessive). Si les médicaments sont rangés dans un cabinet de distribution automatisé, envisagez d'autoriser l'accès à la morphine par une fonction prioritaire en cas d'urgence, mais exigez la validation de l'ordonnance par la pharmacie avant de prendre la première dose d'hydromorphone. Assurez-vous également d'entreposer séparément chaque médicament dans un tiroir ou un emplacement individuel dans le cabinet de distribution de façon à prévenir une sélection inappropriée des médicaments. À la pharmacie, séparez les seringues préremplies et les fioles de ces médicaments, particulièrement s'ils contiennent les mêmes concentrations.

### **Réduisez le degré de ressemblance entre les deux produits**

Lorsque possible, utilisez des lettres majuscules pour mettre l'accent sur la partie « HYDRO » de l'hydromorphone sur les étiquettes de la pharmacie, les étiquettes d'appoint, le registre d'administration des médicaments, les listes de médicaments

s'affichant à l'écran et les cabinets de distribution automatisés. Envisagez l'ajout d'étiquettes rappelant le nom commercial « **DILAUDID** » lorsque l'hydromorphe est délivrée afin de prévenir tout risque de confusion. Certains cabinets de distribution automatisés, au moment où l'infirmière prend une unité d'hydromorphe, peuvent également proposer la possibilité de demander : « Ceci est du DILAUDID. Est-ce correct ? »

### **Exigez des redondances**

Exigez une double vérification indépendante avant l'administration IV de doses de narcotiques. À partir du moment où la pratique courante est que les infirmières se procurent les narcotiques directement à partir de la réserve d'étage, la double vérification typique pharmacien-infirmière n'est pas effectuée (contrairement aux doses identifiées au nom du patient et délivrées par la pharmacie). Certains cabinets de distribution automatisés peuvent être programmés pour exiger la présence d'un « témoin » au moment du retrait de certains narcotiques ou lorsqu'une fonction prioritaire est utilisée pour accéder à certains narcotiques. Des rappels peuvent aussi s'afficher à l'écran.

### **Formez le personnel**

Fournissez, par le moyen de bulletins et de notes de service, de l'information sur les mesures de sécurité à prendre lors

de l'utilisation de narcotiques puissants. Renseignez le personnel sur les différences existant entre la morphine et l'hydromorphe. En effet, certaines des confusions déclarées ont été imputées à la croyance erronée que l'hydromorphe est le nom générique de la morphine. (Visitez le site [www.ismp.org/IMAGES/Posters/Posters\\_10.gif](http://www.ismp.org/IMAGES/Posters/Posters_10.gif) pour commander une affiche aidant à souligner ce problème. L'affiche est disponible en anglais seulement).

### **Utilisez la technologie**

Les solutions technologiques (par exemple, la codification à barres, les technologies de distribution automatisée requérant la validation de l'ordonnance par la pharmacie avant le retrait d'une dose de narcotique) peuvent réduire, et non éliminer, les risques de confusion.

### **Éduquez les patients**

Le patient pouvant être une autre source de confirmation, répétez-lui à haute voix le nom du narcotique avant de l'administrer.

### **Surveillez les patients**

Mettez en œuvre des politiques spécifiant l'ampleur, la fréquence et la durée de la surveillance à faire avant de donner congé aux patients qui viennent de recevoir un narcotique par voie parentérale.

### **Références :**

1. ISMP Medication Safety Alert! Risk of deadly mix-up exists in most hospitals, 1<sup>er</sup> juillet 2004. Disponible à <http://www.ismp.org/MSAarticles/morphine.htm>. Site visité le 15 juillet 2004.

©2004 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. La reproduction d'extraits est autorisée à l'interne avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Toute autre demande de reproduction doit être adressée à ISMP Canada par écrit. ISMP Canada gère un programme national et volontaire de déclaration d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation des médicaments. ISMP Canada a comme objectif d'assurer le partage des expériences afin d'apprendre des incidents et accidents déclarés. Notre but est de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé par la mise en œuvre de stratégies de prévention et de mesures de sécurité diminuant le risque d'accident préjudiciable.

Pour déclarer à ISMP Canada un incident ou un accident lié à l'utilisation des médicaments, vous pouvez : 1) Visiter notre site Web à l'adresse suivante : <http://www.ismp-canada.org> , ou 2) Envoyer un courriel à : [info@ismp-canada.org](mailto:info@ismp-canada.org) , ou 3) Téléphoner au : 416-480-4099. ISMP Canada garantit la sécurité et la confidentialité des informations reçues. ISMP Canada respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans les publications.

**Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM)**