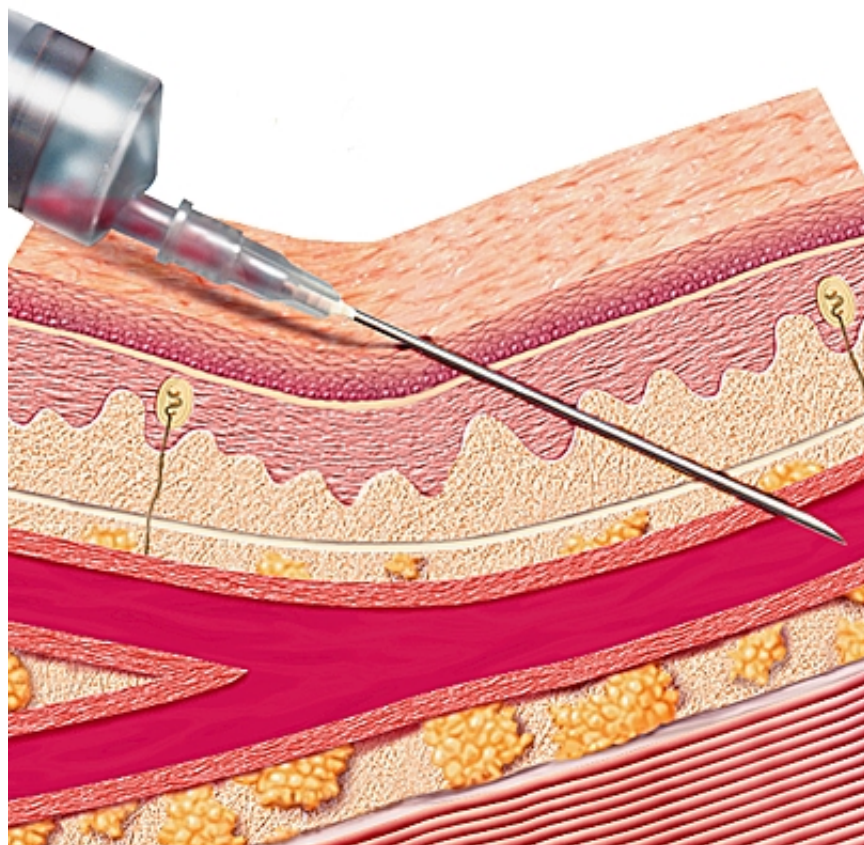


Bordeaux : un mort par inversion de seringues. Voulai-ils tuer quelqu'un ?

Author : Jeanne Smits

Categories : [Brèves](#), [Divers Jeanne smits](#), [Points non négociables](#)

Date : 14 septembre 2014



La presse [révèle](#) qu'un patient de 61 ans est mort mercredi dernier dans un hôpital de Bordeaux à la suite d'une inversion accidentelle de seringues, « après avoir reçu en intraveineuse une dose de chlorure de potassium au lieu de l'injection de corticoïdes prescrite ». Une information pour homicide involontaire a été ouverte. Il s'agit clairement d'une « erreur d'administration médicamenteuse », précisé le communiqué de l'Institut Bergonié, spécialisé en oncologie. Les emballages des deux seringues étaient étiquetés, et non les seringues elles-mêmes, a indiqué Marie-Madeleine Alliot, procureur de la République de Bordeaux.

Le patient était hospitalisé dans une unité de soins palliatifs de l'Institut Bergonié.

On sait d'ores et déjà que la seringue de chlorure de potassium était en réalité destinée à un patient se trouvant dans une autre chambre.

Et là on se pose évidemment des questions. Dans cet établissement qui accueille des malades du cancer, y compris en soins palliatifs, injecterait-on volontairement des doses létales de chlorure de potassium comme celle administrée par erreur au malade décédé mercredi ? Une euthanasie était-elle programmée, mais s'est-on simplement trompé de victime ?

L'administration du chlorure de potassium n'est pas forcément destinée à tuer le patient : elle a au contraire généralement pour objet de pallier un manque de potassium et, même s'il s'agit d'un médicament « à haut risque », son usage est répertorié. Mais uniquement sous forme diluée – la dilution devant être réalisée par du personnel formé – par perfusion en intraveineuse, avec une durée minimale de pose, et sous contrôle précis, deux personnes devant intervenir en principe pour vérifier l'ampoule initiale ayant servi à la dilution et l'étiquetage, la concentration et la vitesse de perfusion ([directives](#) de l'ARS en Ile-de-France).

Les accidents par confusion de produit sont rares mais se comptent tout de même par dizaines dans le monde, raison pour laquelle les procédures ont été mises en place pour que ces morts « évitables » ne se reproduisent plus – tardivement en France comme le montre [cet article](#). Une [circulaire](#) du 14 février 2012 attire l'attention des établissements de santé sur la gestion de ces risques.

Il semble en tout cas que l'ampoule de chlorure de potassium (KCl) soit clairement identifiable : elle n'existe que dans deux dosages, un pour adulte, un pour enfant, et présente une apparence non moins reconnaissable :



On imagine mal que la jeune infirmière étudiante en troisième année qui a administré la piqûre mortelle en présence de l'infirmière confirmée qui la surveillait ait vu cette ampoule.

Elle n'aurait donc vu que la seringue. Avec un produit dilué ? Non dilué ?

S'agissait-il de deux seringues à intraveineuse ? Sauf erreur, on n'injecte pourtant pas du KCl

directement en intraveineuse...

Les seringues à intraveineuse sont-elles différentes des autres ? Un étudiant infirmier est-il habilité à faire des injections en intraveineuse ?

Autant de questions qui se posent. Peut-être des infirmiers pourraient-ils nous éclairer...

**• Voulez-vous être tenu au courant des informations originales paraissant sur ce blog ?
Abonnez-vous gratuitement à la lettre d'informations. Vous recevrez au maximum un courriel par jour. [S'abonner](#)**

© [leblogdejeannesmits](#)

[Réseau Riposte catholique](#)