

Fiche RETEX

Surdosage morphinique chez une résidente en soins palliatifs en HAD

N°30 • Novembre 2024



Thématique

Surdosage morphinique dans les suites d'une prescription téléphonique chez une résidente d'EHPAD prise en charge en HAD pour des soins palliatifs

Catégorie

Sanitaire : HAD

Résumé de l'EIGS

Cet EIGS concerne l'administration d'antalgique de palier 3 chez une résidente d'EHPAD en fin de vie prise en charge en HAD dans le cadre de soins palliatifs.

Le médecin de l'HAD préconise par téléphone une titration morphinique pour le traitement de douleurs abdominales.

Une heure après l'administration de la morphine, l'IDE et le médecin de l'HAD constatent un surdosage chez la résidente. Une antagonisation par Naloxone permettra d'atténuer rapidement les conséquences de cette erreur.

Chronologie des faits

La résidente, âgée de plus de 90 ans, est hébergée dans un EHPAD dépendant d'un centre hospitalier. Au sein de l'EHPAD, elle est prise en charge par l'équipe d'HAD de ce centre hospitalier dans le cadre de soins palliatifs, devant une anémie arégénérative résistante aux transfusions sanguines.

Un midi, l'IDE de l'HAD constate que la résidente est algique au niveau abdominal en lien avec un possible retard de selles. La résidente n'a en effet pas eu de transit depuis plusieurs jours, mais s'alimente peu. L'IDE appelle le médecin de l'HAD pour avoir la conduite à tenir. Le médecin indique par téléphone la prescription suivante : « faire un Normacol, poser un antalgique (PERFALGAN) en sous-cutané, faire une titration par 2mg de morphine et poser une sonde urinaire ». La titration est réalisée par l'IDE de l'HAD avec des ampoules de morphine disponibles dans le sac d'urgence de l'HAD. Le lavement est assez productif. La résidente se calme et finit par s'endormir. Il est prévu de réévaluer son état dans l'après-midi pour envisager la mise en place d'une PCA de morphine en complément de la titration si nécessaire.

En début d'après-midi à l'HAD, afin de régulariser la prescription orale et refaire la dotation en morphine du sac d'urgence de l'HAD, le médecin de l'HAD et l'IDE se rendent compte qu'il a été injecté 2 ampoules de 10mg de morphine en sous-cutanée et non 2mg. Dans le même temps, l'IDE de l'EHPAD appelle l'HAD pour alerter que la patiente est somnolente, encombrée et fait des pauses respiratoires.

Devant la situation urgente, le médecin de l'HAD décide de mettre en place une antagonisation immédiate à l'EHPAD avec de la naloxone. Une ampoule de 0,4mg/1mL est fournie par le service des urgences, qui se trouve dans le bâtiment juste à côté de l'EHPAD. Sur place, la patiente présente un encombrement avec une fréquence respiratoire < 10 et un score de RICHMOND évalué à -4. Une voie veineuse périphérique est posée et la résidente est mise sous oxygène à 5L au masque. La titration par naloxone permet de revenir à une fréquence respiratoire > 20 et un score de Richmond à -2. La surveillance clinique est poursuivie.

En début de nuit le même jour, l'EHPAD appelle l'astreinte de l'HAD pour signaler que la résidente est toujours encombrée et nécessiterait une aspiration trachéale. La saturation en O₂ est fluctuante (entre 82 et 89% sous 5L d'oxygène). On ne note pas de signes d'inconfort. L'IDE d'HAD appelle le médecin de l'HAD pour les conduites à tenir. Le médecin prescrit 2 ampoules de scopolamine en sous cutanée direct et une aspiration bronchique. L'IDE administre les prescriptions.

Le lendemain matin, la patiente est confortable mais il y a une persistance de l'encombrement bronchique. Elle est non douloureuse (Algoplus à 0), pas de signes d'anxiété, aréactive, pas de cyanose, apyrétique. Le médecin prescrit une baisse de l'oxygène à 2L et la pose d'un pousse-seringue avec 4 ampoules de scopolamine sur 24 heures en sous cutané.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car il y a eu une mise en jeu du pronostic vital de cette résidente dans le cadre de sa prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)	REMEDI (revue du médicament)

Causes immédiates identifiées

- Confusion dans la compréhension du dosage à administrer en l'absence de prescription médicale écrite

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés à la résidente

- Comorbidités lourdes et complexes : démence, perte d'autonomie
- Médicament à haut risque : exposition au risque de *never event** par utilisation de la morphine

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Nouvelle IDE à l'HAD
- Situation de stress

Facteurs liés à l'équipe

- Défaut d'adaptation à une situation imprévue : non prise en compte par l'équipe de la possibilité d'utiliser le chariot d'urgence du service de l'EHPAD

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Prescription orale hors contexte d'urgence vitale
- Erreur de lecture du dosage de l'ampoule de morphine
- Défaut d'application de la règle des 5 B
- Erreur de préparation du médicament : volume inadéquat ampoule de 10ml au lieu de 1ml
- Inadéquation entre les consignes orales et l'administration

Facteurs liés aux organisations définies

- Personne externe au service

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Dosage de morphine adéquat non disponible dans le sac d'urgence de l'HAD

Facteurs liés au contexte institutionnel

- Absence de présentation de l'organisation à une nouvelle arrivante

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

Barrières de récupération

- Communication efficace entre l'IDE et le médecin de l'HAD
- Repérage rapide de l'erreur au moment de le renouvellement de la dotation du sac d'urgence
- Surveillance clinique du traitement morphinique

Barrière d'atténuation :

- Antagonisation immédiate dès l'identification de l'erreur avec injection d'antidote
- Surveillance et communication efficace entre l'équipe de l'EHPAD et de l'HAD

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrières de prévention :

- Prescription orale dans un contexte d'urgence relative
- Règle des 5B non respectée
- Dispositif d'intégration des nouveaux arrivants incomplet

Barrières d'atténuation :

- Présence d'un chariot d'urgence à l'EHPAD dans lequel se trouvaient des ampoules de morphine 1mg

***never event** : incidents graves généralement liés à des erreurs humaines et/ou pratiques, qui ne devraient jamais se produire

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Prescrire sur le logiciel avant administration y compris en cas d'urgence et à régulariser le plus rapidement possible lors d'urgences vitales.
2. Rappeler la règle des 5 B
3. Mettre à disposition la composition des chariots d'urgence des structures où l'HAD intervient
4. Revoir la composition du sac d'urgence de l'HAD
5. Formaliser un protocole d'antidote en cas de surdosage morphinique et mettre la naloxone dans la dotation de l'HAD
6. Prévoir la formation systématique au circuit du médicament pour tout nouvel arrivant ou pour le personnel intérimaire

LA PRESCRIPTION MÉDICALE ORALE

Principes et règles de bonnes pratiques

CADRE RÉGLEMENTAIRE

L'article R 4311-7 du Code de la santé publique précise :
"L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : (...)".



QUELLE DÉFINITION POUR L'URGENCE ?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) tente de répondre à cette difficile question dans son bulletin de juillet 2018 :

"Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie de la personne..."

Cette notion d'urgence est donc difficile à cerner et est souvent laissée à l'appréciation des professionnels de santé et des juges du fond...



FOCUS SUR LE PROTOCOLE

Il est important de rappeler que tout protocole thérapeutique rédigé dans le respect du cadre réglementaire doit suffire pour dispenser des actes de soins dans le contexte d'un patient ayant un état de santé modifié.

Dans certains contextes d'urgence, la rédaction d'un protocole thérapeutique de soins permet à l'infirmier d'accomplir des actes conservatoires jusqu'à l'intervention du médecin (article R.4312-29 du CSP).

L'infirmier doit veiller à assurer une traçabilité précise de ses actes dans ces circonstances particulières.



LA PRESCRIPTION ÉCRITE : UN GAGE DE SÉCURITÉ POUR TOUS !

Au-delà du cadre réglementaire, une prescription écrite permet de vérifier plusieurs points incontournables et de générer de fait un cadre favorable aux bonnes pratiques :

- Identifier le patient.
- Vérifier la dénomination du médicament ou de l'examen prescrit.
- Contrôler avec précision le dosage du médicament ou des précautions à prendre pour l'examen ou le soin.
- S'assurer de sa planification horaire.
- Valider la voie d'administration dans le cas d'une substance médicamenteuse.



RÉFÉRENCES

Article MACSF : L'infirmier face à une prescription orale
