

Analyse Approfondie de Cas n° 80

Surdosage en morphinique



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine

Date de parution : Octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : thérapeutiques



RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Le conditionnement du sulfate de morphine 10 mg et 100 mg est trompeur : les boîtes ont des couleurs très voisines et le contrôle visuel rapide peut être erroné lors de la sélection de la boîte.

La dotation doit être réévaluée périodiquement, en lien avec les prescripteurs et les pharmaciens.

Les règles de prescription, administration et surveillance des morphiniques doivent faire l'objet de protocoles (sans omettre l'antagonisation par la naloxone) dans le respect de la règle des 5 B.

L'accueil des nouveaux arrivants est important ! *A fortiori* pour les professionnels intérieurs qui prennent leurs fonctions au pied levé durant un week-end !

Les habitudes, les fonctionnements en équipe sont rarement formalisés en procédures écrites (et disponibles !).

Deux patientes, respectivement intraveineuse. âgées de 85 ① et 88 ans ②, sont 2 jours plus tard, l'erreur médicale hospitalisées en unité de médecine menteuse est suspectée, lors de la pour altération de l'état général et vérification des dotations de stupéfiants du service et le constat d'une décompensation de pathologies respiratoires et cardiaques dans un discordance dans les stocks (4 gélules de 10 mg présentes, 4 gélules de 100 mg absentes alors que ce thérapeutiques multiples. devrait être le contraire).

Un traitement morphinique par voie orale est en cours à raison de :

- pour la patiente ① : 10 mg de sulfate de morphine LP matin et soir,

- pour la patiente ② : 10 mg de sulfate de morphine LP le soir et 5 mg de sulfate de morphine à effet immédiat, en interdosages par prescription anticipée personnalisée.

Durant un week-end, les patientes reçoivent par erreur une dose de 100 mg le soir du samedi et du dimanche. Le lendemain, elles présentent des troubles de la vigilance et pour la patiente ②, des clonies musculaires justifiant la recherche d'une étiologie neurologique et l'instauration d'un traitement antiépileptique avec valproate par voie

La patiente ① évolue vers une récupération progressive de la symptomatologie liée au surdosage morphinique. Malgré une tentative d'antagonisation de la morphine au 6^{ème} jour, la patiente ② présente une aggravation progressive du tableau neurologique et respiratoire.

L'étiologie des myoclonies ne peut être recherchée activement en raison d'un syndrome de glissement de la patiente et du refus de sa famille à toute obstination déraisonnable.

La patiente décède 20 jours après l'erreur médicamenteuse.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Mise en jeu du pronostic vital pour la patiente ①

Décès pour la patiente ②





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Patiente ① :

Le 18 janvier : une patiente de 85 ans est hospitalisée en service de médecine d'un centre hospitalier pour syndrome bronchique aigu et polyopathologies. Elle est traitée entre autres pour hypertension artérielle (HTA), cardiopathie de type ischémique avec stents, diabète de type 2, maladie de Parkinson, crises de goutte et douleurs.

Le vendredi 22 janvier : la patiente présente une douleur abdominale qu'elle évalue à 8/10 sur l'échelle EVA. Une prescription anticipée personnalisée (PAP) de 10 mg de morphine (Skénan®LP) matin et soir est initiée. Le week end du 24 et 25 janvier, l'IDE est une remplaçante intérimaire.

Le lundi 25 janvier : la patiente ne souffre plus mais présente une asthénie et une confusion temporelle.

Le 26 janvier : la patiente tient des « propos confus ». Elle est « asthénique [...], dyspnéique sans oxygène ». Le médecin suspecte un surdosage morphinique. La prescription de Skénan® LP 10 mg est suspendue.

Vers 16h30 : lors de la vérification de la dotation en stupéfiant, un IDE constate qu'il manque 4 gélules de Skénan® LP 100 mg et que 4 gélules de Skénan® LP 10 mg sont en sus. La non-conformité est immédiatement signalée au cadre de santé, au pharmacien et au médecin. Une fiche de signalement d'événement indésirable est réalisée avec un rapport circonstancié.

Le 27 janvier : le médecin note : « patiente somnolente ce matin mais réveillable, ralentie, pas de myosis, répond aux ordres simples, possible surdosage en Skénan®LP, pas de bradypnée [...] ».

Le 28 janvier : on lit dans le dossier médical : « suspicion d'erreur de distribution de la morphine du soir. Aurait reçu Skénan® LP 100 mg au lieu de Skénan® LP 10 mg samedi 23 et dimanche 24 soir [...] ». Des mesures correctives sont effectuées au niveau du service. La famille de la patiente est informée de la situation.

Le vendredi 29 janvier : l'état clinique de la patiente s'améliore, la confusion et la somnolence s'amendent. Cependant la patiente constate une perte d'autonomie qui impacte son moral.

Le 24 mai : la patiente est toujours hospitalisée dans l'établissement et se porte bien.

Patiente ② :

Du 22 janvier au 12 février : une patiente de 88 ans est hospitalisée dans le même service pour décompensation cardiaque aiguë. Elle est traitée pour insuffisance cardiaque, HTA, insuffisance respiratoire chronique grave avec oxygénothérapie permanente, un tassement vertébral douloureux, une broncho-pneumopathie, des troubles cognitifs et dépressifs. La patiente doit être admise le 27 janvier en EHPAD.

Le samedi 23 janvier, à 2h15 : une prescription anticipée personnalisée (PAP) de morphine (Actiskénan® 5mg) est administrée pour des douleurs.

Le dimanche 24 janvier : la patiente est très fatiguée et ne peut plus réaliser les soins de vie courante.

Le lundi 25 janvier : elle est très somnolente et présente des troubles de la vigilance et des clonies importantes des membres supérieurs. La famille est prévenue de son état et demande au médecin d'éviter toute obstination déraisonnable : d'un commun accord, un accompagnement en soins palliatifs est décidé.

Le 26 janvier : la patiente est moins confuse, plus vigilante et ne présente que quelques clonies.

Vers 16h30 : la vérification de la dotation en morphine du service met à jour un défaut de conformité. Une corrélation avec le cas de la patiente ① est établie, en lien avec un possible surdosage en Skénan® LP. La sortie en EHPAD est retardée.

Le 27 janvier : dans la soirée, l'IDE note dans les transmissions écrites que la patiente semble plus confuse et présente de nouveau des clonies.

Le 28 janvier : la patiente glisse vers un état grabataire.

Le 29 janvier : un test à la naloxone (Narcan®) est effectué (0,08 mg injecté). La patiente semble plus vigilante au décours de la matinée après le test. Au vu de la clinique, le traitement au Narcan® n'est pas prolongé.

Le 2 février : l'erreur d'administration médicamenteuse est confirmée par l'IDE remplaçante.

Le 3 février : la patiente passe une nuit agitée et montre des signes importants de confusion et d'anxiété avec une polypnée. Une PAP pour « symptôme intense de détresse respiratoire » est initialisée.

Le 10 février : l'état de la patiente fluctue avec des périodes d'hypovigilance et de vigilance normale. Une dégradation de la fonction respiratoire nécessite la mise en place d'une antibiothérapie.

Le 11 février : une désaturation brutale survient au décours d'un soin de nursing. La prise en charge palliative est mise en œuvre. La famille est prévenue.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Erreur de sélection et d'administration de Skénan® LP : 100 mg administrés alors que la prescription était de 10 mg, en raison de :

- Confusion des boîtes,
- Confusion entre 2 médicaments ??? autre ???

Surveillance spécifique des effets thérapeutiques des morphiniques insuffisamment réalisées (fréquence respiratoire, sédation).

Retard à l'administration de naloxone (aurait été possible dès l'évocation du surdosage).

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient :

Les deux patientes présentent des antécédents médicaux et des comorbidités lourdes ainsi que des capacités cognitives altérées au moment des EIGS. +

Elles ont des traitements à risques et des traitements multiples pour polyopathologies. +

Professionnels / facteurs individuels :

Non respect des bonnes pratiques de réalisation des étapes de préparation, contrôle (produit, patient, prescription), administration et enregistrement des traitements morphiniques.+++

Surveillance spécifique des patients traités par morphiniques inadaptée.+++

Personnel intérimaire IDE ne connaissant pas le service de médecine.++

Étiologie des clonies rattachées uniquement à une possible pathologie neurologique dans un premier temps et non à d'exceptionnels effets secondaires des morphiniques.+++

Équipe :

Faiblesse de l'accueil et de la supervision du personnel intérimaire. ++

Tâches :

Absence de protocole spécifique de surveillance des patients sous traitement par morphiniques.+++

Absence de protocole d'antagonisation de la morphine.+++

Environnement :

Rangement non sécuritaire du coffre à stupéfiant sans distinction des différentes spécialités et des différents dosages.+++

Excès de détention de produit de santé, le dosage 100 mg étant prescrit plus aléatoirement.+++

Organisation :

Pas de diffusion des CREX ou RMM à l'ensemble du personnel.+

Formation continue sur les prescriptions anticipées personnalisées (PAP) insuffisamment développée.+

Dotation du service en stupéfiants insuffisamment réévaluée.+++

Institution :

Livret d'accueil des nouveaux arrivants ou intérimaires peu opérationnel.+

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante aux PAP (rédaction, conduite à tenir, évaluation).
Sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament au sein de l'unité de soin (ex : éviter les interruptions de tâches).
Rappeler et assurer les règles de bonnes pratiques de l'étape de l'administration des morphiniques.
Disposer d'une boîte spécifique pour ranger les morphiniques non utilisés dans la période en cours (ne laisser apparentes que les boîtes de morphiniques en cours d'utilisation).
Renforcer les vérifications de la dotation par une fiche spécifique qui sera testée pour effectuer un contrôle systématique lors de l'utilisation des morphiniques.
Revoir à périodicité définie, par le pharmacien, la dotation du service en fonction des consommations.

Commun :

Communiquer sur les retours d'expérience en valorisant les plans d'actions mis en place grâce aux signalements.
Mettre en place de manière régulière : des CREX et des RMM, avec des réunions et la publication des résultats des REMED (groupe de travail déjà existant).
Mettre en place (à long terme) des revues de dossier médico-pharmaceutique.
Réactualiser le livret d'accueil pour les personnels remplaçants ou nouvellement arrivés, le distribuer via un accueil dédié (en intégrant entre autres l'appel pour urgence vitale : non contributif dans cette analyse).
Déterminer les difficultés organisationnelles des nouveaux arrivants ou remplaçants via un questionnaire.



PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Etablir des procédures ou protocoles validés par le CLUD et le COMEDIMS concernant la surveillance des patients sous traitement par morphiniques et concernant l'antagonisation morphinique par la naloxone.

Références et Bibliographie

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – HAS – Juin 2011
- Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé – DGOS- Février 2012
- Comment optimiser l'implication de l'équipe pharmaceutique dans la gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse du patient ? – SFPC – Amélioration des pratiques et sécurité des soins – Avril 2013
- Rapport de l'académie nationale de Pharmacie : la préparation des doses à administrer- PDA- la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. Juin 2013
- Vidal
- Omedit Centre – Haute Normandie – exemple de protocole de prise en charge d'un surdosage aux opiacés. Août 2013.
- Référentiel de pharmacie hospitalière - Société française de pharmacie clinique – Haute Autorité de Santé version 2010
- Manuel de la REMED, Société Française de Pharmacie clinique, 2013
- HAS Sécurisation de l'administration des médicaments 2011.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_ouils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>