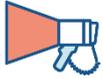


# Prescription orale & erreur de dosage lors de l'administration de Nalbuphine



## Quelle problématique ?

Erreur de dose administrée suite à une prescription orale faite par le médecin



## Quels produits de santé ?

- Nalbuphine intraveineux

## Cas clinique



### Qui ?

Enfant de 12 mois (8 kg) admis pour une invagination intestinale aiguë



### Quoi ?

Prescription orale de nalbuphine IV



### Où et quand ?

En cours d'hospitalisation dans le service de chirurgie digestive pédiatrique



### Pourquoi ?

Enfant de 12 mois admis pour une invagination intestinale aiguë, prise en charge au bloc. Un traitement post-opératoire lui a été prescrit et comporte de la nalbuphine (20mg/2ml) en Pousse Seringue électrique. J+4 : Arrêt des administrations IV validé lors de la visite médicale (switch voie orale) suite au retrait de la voie IV et reprise du transit et de l'alimentation.

Dans le cadre de son suivi post-opératoire, il a été constaté une aggravation de l'état : fièvre, résidus bilieux et abdomen sensible et distendu.

Les parents sont inquiets et l'IDE remarque que l'enfant est peu tonique. Elle essaie de poser une voie d'abord mais sans succès.

L'IDE appelle l'anesthésiste, de garde au bloc opératoire, qui vient voir l'enfant. Il la trouve douloureuse et pose une nouvelle voie d'abord. Dans la chambre de la patiente, l'anesthésiste est appelé sur un autre dossier patient, il réalise donc une prescription orale d'un bolus de 0,1 mg/kg/dose de nalbuphine IV (soit 0,8mg) et précise qu'elle sera régularisée dans le logiciel d'aide à la prescription. Lors de cet échange, l'IDE est interrompue 2 fois par d'autres patients

Dans l'attente de la prescription et la patiente étant douloureuse, l'IDE n'a pas voulu de nouveau interrompre l'anesthésiste et décide de préparer une seringue de 0,1ml/kg/dose de nalbuphine (soit 8mg). Elle fait contrôler sa seringue par sa collègue qui lui valide la préparation malgré l'absence de prescription. La seringue est administrée à l'enfant.

Devant l'enfant encore douloureux et agité, l'IDE a un doute sur le dosage de nalbuphine préparé et administré. Elle appelle l'anesthésiste prescripteur (appel non abouti) avant d'appeler le médecin anesthésiste réanimateur de garde qui confirme l'erreur.

## Conséquences

**Un surdosage a été constatée :** administration de 0,8 mL de nalbuphine en IVL (soit 8mg/dose) au lieu de 0,8 mg/dose

**Les parents sont informés. L'enfant est consciente et ne s'endort pas. Elle reste souffrante.** Le pédiatre de garde demande un transfert de l'enfant en SSPI pour surveillance étroite, elle y restera jusqu'à 2h du matin sans survenue de symptôme de surdosage.

# Analyse

## Facteurs contributifs & analyse des causes

- Interruption de tâches dans le service (anesthésiste, IDE)
- Difficulté d'accès à un poste informatique au bloc opératoire liée à la charge de travail
- Double contrôle infirmier avant administration réalisé sans prescription
- Défaut de communication entre professionnels
- Prescription orale réalisée hors urgence
- Prescription hors AMM (Âge du patient) / Présentation non adaptée chez l'enfant

## Actions correctives & immédiates

- Appeler le médecin prescripteur
- Surveiller l'état de la patiente
- Administrer un antidote : Naloxone
- Signaler l'évènement indésirable en interne

## Actions préventives & bonnes pratiques

- Rappeler les conditions associées aux prescriptions orales :
  - Elle est interdite sauf de façon exceptionnelle en situation d'urgence
  - Elle est associée à un protocole d'urgence validé par le responsable médical de structure
  - Elle doit être écrite et contresignée par le médecin le plus tôt possible
  - Utiliser l'outil « SAED » lors de situation d'urgence nécessitant une prescription orale : Expliquer la Situation, en rappelant les Antécédents et l'Evaluation de l'état du patient afin de formuler sa Demande.
- Favoriser la prescription écrite hors urgence
- Rappeler les modalités du double contrôle en lien avec la prescription et indépendant de la préparation
- Sensibiliser les professionnels aux risques liés aux interruptions de tâche :
  - Préconiser la reprise de la tâche au début,
  - Réaliser un audit de sensibilisation,
  - Définir les situations justifiant une interruption de tâche (urgences ou incertitudes)
- Standardiser la prise en charge de la douleur à l'aide d'un protocole adapté à la nature de l'acte chirurgical
- Etablir un plan de formation / plan de progression des professionnels :
  - Puéricultrice (spécialisation),
  - Sensibiliser les IDE aux spécificités des services de pédiatrie

## Critères de la certification

- Critère 2.3-03** Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments
- Critère 2.3-04** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments
- Critère 2.3-06** Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

## Boîte à outils

- [HAS, guide SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, octobre 2014](#)
- [HAS, guide « interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, janvier 2016](#)
- [HAS, grille d'observations des interruptions de tâche lors de l'administration des produits de santé, janvier 2016](#)
- [HAS, Flash sécurité patient : Les médicaments en pédiatrie – ce n'est pas un jeu d'enfant, mars 2023](#)
- [OMÉDIT Bretagne, Flyer et affiches de sensibilisation sur les interruptions de tâche, 2020](#)
- [OMÉDIT Bretagne, REX régionale sur les interruptions de tâche, octobre 2020](#)
- [OMÉDIT Bretagne, E-learning et capsule vidéo – Bonnes pratiques : la prescription, juin 2023](#)