



Analyse d'un évènement indésirable associé aux soins

Retour d'expérience

Secteur d'activité : sanitaire

Thématique de l'évènement : défaut de coordination de la prise en charge médicamenteuse dans un contexte de soins palliatifs

Résumé de l'évènement

Admission aux urgences d'un patient sous traitement antalgique de palier 3 avec nutrition entérale, arrivé sans ses ordonnances en cours. Hospitalisé en médecine l'après-midi, hyperthermique et hyperalgique à l'arrivée dans le service, sans prescription validée de son traitement.

EIAS : défaut de coordination ayant entraîné un retard de prise en charge du patient

Conséquences pour le patient : douleur non contrôlée à l'admission dans le service

Les faits



✚ Jo - Arrivée aux Urgences (jeudi 10 nov.)

10h - Monsieur P. 72 ans, suivi dans l'établissement pour une pathologie cancéreuse et connu de l'unité spécialisée de recours (USP) se présente aux urgences, accompagné de son épouse, pour une rétention aiguë d'urine ; Il est très algique à son arrivée. Ce patient est hospitalisé à domicile, il est en cours de chimiothérapie et est équipé d'une sonde de nutrition entérale ; Il arrive sans ses ordonnances, son épouse doit les apporter dans les + brefs délais.

Entre 10h30 et 13h00 - L'urgentiste prescrit des antalgiques : PARACETAMOL INJ pendant 1 jour + MORPHINE 10 mg INJ sous-cutané en cas d'évaluation verbale numérique > 8 ; L'IDE administre 5 mg de MORPHINE et trace en observation que le patient est déjà traité par patch de MORPHINE + OXYNORMORO (prise à 3h du matin).

L'urgentiste prévient le spécialiste d'astreinte qui convient d'une hospitalisation.

13h00 - L'IDE des Urgences appelle le médecin de l'USP du CHU, relève et présaisit correctement dans le dossier patient informatisé les traitements en cours de M. P. dont les antalgiques palier 3 ainsi que le produit de nutrition entérale => Prescription non validée/signée par l'urgentiste, donc n'apparaît pas dans le plan de soins => l'interdose de MORPHINE n'a donc pas été administrée. Récupération de l'ordonnance de l'USP du CHU dans l'après-midi.

✚ Jo - Hospitalisation en médecine

17h00 - A son arrivée dans le service, M. P. est hyperthermique et douloureux ++. Après discussion avec Mme P., l'IDE apprend que son époux est traité habituellement à domicile par OXYCODONE 30 mg en quasi systématique et nutrition entérale. L'IDE se rend compte que la prescription du traitement personnel n'a pas été réalisée et que celui-ci n'est pas disponible dans le service. De plus, elle constate que M. P. n'a reçu aux Urgences que 5 mg de MORPHINE au lieu de 10 mg.

17h25 - L'IDE sollicite les médecins du service pour régulariser la prescription médicamenteuse communiquée par le médecin de l'USP et fait une demande

de dotation exceptionnelle à la pharmacie ; la dispensation est réalisée au vu de l'ordonnance personnelle du patient ; le pharmacien informe que le stock de traitement antalgique de M. P. est insuffisant pour couvrir le WE et que le produit de nutrition entérale n'est pas disponible et doit par conséquent être commandé. L'IDE sollicite donc Mme P. pour dépanner 1 jour de traitement.

18h46 - Visite du spécialiste d'astreinte qui re-prescrit les principaux traitements du patient mais avec une erreur de saisie (OXYCONTIN LP 30 mg au lieu de OXYNORMORO 10 mg / 3 gélules). Il ne prescrit pas le RETACRIT 40000, ne connaissant pas son indication. L'avis du médecin référent est programmé pour le lundi matin.

✚ J1 (vendredi 11 nov. matin) - Mme P. apporte les traitements de dépannage de son époux.

Après-midi : L'IDE administre le RETACRIT 40000 (1 fois par semaine le vendredi) selon l'ordonnance personnelle du patient. Le spécialiste d'astreinte trace la prescription en observation. Pas de régularisation de la prescription d'OXYCONTIN ; l'OXYNORMORO (en conditionnel) est administré selon l'ordonnance personnelle du patient.

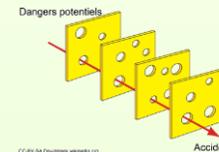
✚ J4 (lundi 14 nov.) - Le spécialiste référent prend connaissance de la prescription de M. P. sans régularisation de la prescription d'OXYCONTIN ; l'avis des médecins référents en soins palliatifs n'est pas sollicité. La douleur de M. P est contrôlée pour la suite du séjour.

✚ J5 (mardi 15 nov.) - Mme P. demande la mutation de son époux en soins palliatifs ou au domicile. Le Médecin référent organise le transfert du patient vers l'USP de recours et rédige le courrier de liaison.

✚ J7 (jeudi 17 nov.) - Sortie

Départ du patient vers l'USP de recours avec le document de liaison.

Dysfonctionnements et causes racines



1. *Traitements en cours relevés aux Urgences mais non signés par le médecin*

Equipe :

- ✚ Manque de vigilance / non respect consignes (validation prescriptions)
- ✚ Défaut de supervision

Organisation :

- ✚ Répartition des responsabilités et des tâches : traitement relevé par IDE mais non vérifié / validé par l'Urgentiste
- ✚ Manque de coordination / communication IDE Urgences / Urgentiste (validation prescription)

Environnement :

- ✚ Admission en urgence (pas d'ordonnance de traitement en cours ni courrier de liaison)
- ✚ Charge de travail / Interruption de tâches (l'IDE des Urgences n'avait pas l'ordonnance le matin, relevé du traitement personnel après consultation de l'urgentiste)

2. *Non respect interdose prescrite + non reprise traitements antalgiques en cours (douleur non contrôlée, le patient arrive très douloureux dans le service de médecine)*

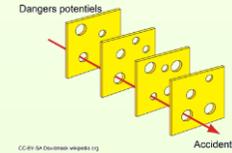
Equipe :

- ✚ Manque de connaissance traitements antalgiques (5 mg administré à l'admission aux Urgences au lieu de 10 mg prescrit)
- ✚ Non respect consignes (défaut de réévaluation de la douleur avant mutation en médecine)
- ✚ Défaut de supervision

Organisation :

- ✚ Protocole / Logigramme mutation interservices après admission aux Urgences incomplet (relevé constantes + vérification prescriptions et plan de soins)

Dysfonctionnements et causes racines



3. *Demande tardive d'une dotation exceptionnelle de stupéfiants + nutrition entérale non référencée, sans prescription et stock insuffisant à la pharmacie pour couvrir le WE, à 17h veille de WE*

Equipe :

- ✚ Défaut d'anticipation commande pharmacie alors que patient arrivé à 10h

Organisation :

- ✚ Prescription non signée / non visible dans le plan de soins

Technique :

- ✚ Produit non référencé, produit en stock insuffisant

Environnement :

Fin de journée, veille de jour férié suivi d'un WE

4. *Régularisation incomplète de la prescription par le spécialiste d'astreinte et le spécialiste référent :*

Organisation :

- ✚ Défaut de coordination entre spécialiste d'astreinte / médecin référent / médecins équipe soins palliatifs

Equipe :

- ✚ Défaut de supervision : médecins référents soins palliatifs de l'établissement non sollicités

Analyse des barrières



Barrières n'ayant pas fonctionné ou non activées :

- Analyse pharmaceutique pas réalisable car prescription non validée.
- Existence d'un protocole de mutation interservices et d'un logigramme d'hospitalisation d'un patient après admission aux urgences mais mise en œuvre insuffisante pour sécuriser la vérification / validation des prescriptions à destination du service d'hospitalisation.
- Avis des médecins référents soins palliatifs non sollicité.



Barrières ayant permis de récupérer l'évènement / d'atténuer les conséquences :

- Implication de l'épouse et interrogatoire de l'épouse par les soignants.
- Dépannage du traitement personnel pour une journée.
- Transmissions / coordination et vigilance IDE pendant l'hospitalisation (douleur bien contrôlée par la suite).

Actions d'amélioration retenues



- + Mettre en place une check list de sortie du service (tous services) à activer en marge du plan de soins avec 2 rubriques principales à valider obligatoirement avant mutation ou sortie : mot de synthèse médicale + prescription de sortie validée.
- + Déployer le projet « Conciliation médicamenteuse » aux Urgences en ciblant les patients hospitalisés en provenance des urgences
- + Compléter le protocole de mutation interservices et la procédure d'Urgences : ajouter un texte complémentaire qui précise les modalités de transmissions IDE / Urgentiste et modalités de transmissions entre urgentistes à la relève de garde.
- + Rappel / sensibilisation des équipes :
 - Bonnes pratiques en matière de prescriptions médicamenteuses (CME + COMEDIMS).
 - Réévaluation et validation des prescriptions de traitements personnels aux Urgences (CME + COMEDIMS + CREX).
 - Ne pas hésiter à solliciter l'équipe médicale soins palliatifs de l'établissement (CME).



Enseignements

L'analyse de cet EIAS illustre la cascade de dysfonctionnements pouvant découler d'un défaut de validation / supervision de la prescription du traitement personnel d'un patient admis aux Urgences avant son transfert en service d'hospitalisation : la validation informatique de la prescription avant le transfert de M. P. en médecine aurait permis d'éviter les difficultés rencontrées par l'équipe soignante pour assurer la continuité du traitement personnel.

L'urgentiste doit, par tous les moyens, s'enquérir du traitement personnel du patient (appel du médecin traitant, appel de la pharmacie de ville, appel du service hospitalier) et valider la prescription avant le transfert du patient vers un service d'hospitalisation.