



Analyse de scénario

SSR

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une patiente de 83 ans est hospitalisée le 22 mai, dans l'établissement pour soins de suite et rééducation après une hospitalisation dans un centre hospitalier (MCO) voisin. Elle y avait été hospitalisée pour un tassement vertébral L2 accompagné de douleurs, le 16 mai, en service d'orthopédie.

L'admission en SSR a lieu un vendredi en fin d'après-midi et la patiente est la 5^{ème} admission de l'après-midi. Elle arrive sans lettre de sortie ou résumé de son hospitalisation. La patiente a seulement une ordonnance comportant les traitements médicamenteux relatifs à sa pathologie orthopédique. L'équipe soignante du SSR cherche à joindre avec de grandes difficultés le service d'orthopédie du centre hospitalier ayant pris en charge la patiente. Tout le centre hospitalier est en cours d'emménagement dans de nouveaux locaux durant cette semaine. La liaison téléphonique est très laborieuse et l'équipe du SSR n'arrive que très tardivement à obtenir une liste de traitements prescrits pour la patiente au cours de son séjour en service d'orthopédie. Cette liste est donnée oralement à l'une des IDE du service de SSR.

La patiente a de nombreux antécédents médicaux lourds et de multiples traitements.

Parmi ces traitements, figure du méthotrèxate en comprimé en traitement de fond d'une polyarthrite rhumatoïde et diabète insulino-dépendant instable.

Le SSR ne possède pas de PUI. Il faut envoyer l'ordonnance avant la fermeture de la pharmacie d'officine à 18h.

L'équipe médicale prescrit 10 mg de méthotrèxate par jour alors que la posologie usuelle est de 10 mg de méthotrèxate par semaine. Le pharmacien d'officine délivre le traitement de méthotrèxate conformément à la prescription quotidienne. L'équipe paramédicale administre quotidiennement 10 mg de méthotrèxate pendant 12 jours. L'équipe du SSR se concentre sur l'adaptation du traitement du diabète insulino-dépendant et recherche, par des contacts divers, le protocole antérieur d'insulinothérapie qui satisfaisait pleinement à l'équilibre de sa pathologie.

La famille de la patiente, le 2 juin souhaite rencontrer le médecin en charge de leur proche, car elle s'inquiète de l'aggravation d'une aphtose buccale et des résultats d'un examen sanguin montrant une leucopénie. Le médecin reçoit la famille et met en exergue l'erreur de prescription, de dispensation et d'administration du méthotrèxate. La famille est immédiatement informée et le traitement suspendu.

Description des conséquences.

Le 4 juin les médecins, en accord avec la famille, décident de retransférer la patiente dans le CH adresseur devant une recrudescence des douleurs et les résultats du bilan sanguin. La patiente est hospitalisée en service de médecine interne. Elle décède le 28 juin.



Analyse

Causes immédiates :

Erreur de rythme posologique lors de la prescription du méthotrécate (1 fois par jour au lieu d'1 fois par semaine), réalisée suite à une transcription orale et par méconnaissance des règles de bon usage d'administration du méthotrécate en rhumatologie.

Défaut de transmission de lettre ou ordonnances de sortie concernant le séjour hospitalier précédent et l'ensemble des traitements pris par le patient (traitements habituels et traitements d'hospitalisation) en cours.

Conditions latentes :

Professionnels / facteurs individuels :

Méconnaissance des bonnes pratiques de prescription du méthotrécate dans l'indication de polyarthrite rhumatoïde.

Focalisation des soignants sur la gestion du diabète insulino dépendant (ou requérant) avec pression de l'entourage :

- Traitement habituel (satisfaisant) modifié lors de l'hospitalisation en service d'orthopédie et générant des troubles de type hyper glycémiqes depuis le début de l'hospitalisation,
- L'équipe médicale se concentre sur la recherche d'équilibre de la glycémie pour répondre aux impératifs de santé de la patiente et aux attentes de la famille.

La posologie erronée du méthotrécate n'est pas identifiée lors de la réception des ordonnances du médecin traitant et du carnet du diabète de la patiente. (Effet de Tunnélisation)

Equipe :

Stress très important de l'équipe paramédicale et médicale : les 5 admissions du jour sont faites sans transmission de l'établissement adresseur, des informations médicales et des traitements nécessaires à la continuité des soins.

Nécessité de transmettre les ordonnances auprès de la pharmacie d'officine avant sa fermeture pour assurer l'approvisionnement en médicaments.

Tâches :

Données médicales et médicamenteuses nécessaires à la continuité des soins, indisponibles : absence de transmissions et/ou de prescriptions du service demandeur de l'hospitalisation en SSR.

Insuffisance d'aides à la décision.

Redondance des prescriptions à rédiger en double exemplaire, pour la pharmacie d'officine et sur le support du dossier patient.

Étape de dispensation :

- Pharmacie d'officine, ne recevant pas d'information concernant les indications des traitements et n'ayant pas de vue d'ensemble des traitements individuels.
- Analyse pharmaceutique insuffisante, n'ayant pas conduit à une interrogation du médecin en absence d'indication compte-tenu du rythme d'administration et du risque potentiel d'erreur.

- Manque d'échanges professionnels structurés avec collaboration insuffisante, de type passif.
- Délivrance des médicaments au fil de l'eau des ordonnances en raison du morcellement des prescriptions arrivant à la pharmacie ;
- Pas de système d'alertes (entre autre pour le médecin lors de la prescription sur les rythmes d'administration particuliers) et de priorisation de l'analyse pharmaceutique organisés pour les médicaments à risques.

Environnement :

Défaillance des moyens de communication avec le service d'orthopédie en cours de déménagement (fax et téléphone aléatoires)

Charge de travail importante (5 entrées dans l'après midi du vendredi).

Supports de prescription distincts des supports d'administration dans le dossier patient. Les administrations sont tracées mais pas identifiées, et cela conformément à la procédure de l'établissement.

Organisation :

Défaut de coordination entre établissements, par manque de supports écrits et défaillance des échanges d'informations pertinentes permettant la continuité des soins.

Défaut de mise en œuvre du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Défaillance du responsable du système du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Absence de double contrôle lors de la préparation des piluliers par l'IDE de nuit, seule.

La préparation des piluliers n'est pas signée.

Institution :

Fiche de pré admission ne comprenant pas les traitements en cours.

Absence de projet institutionnel concernant l'organisation des admissions des patients.

Absence de mise à disposition de supports de prescription unique pour les médicaments (dossier patient et officine) et de support unique prescription/administration.

Informatisation retardée, en attente des restructurations architecturales et géographiques.

Caractéristiques du médicament :

Défaut de présentation :

Existence de présentations multiples pour un médicament à haut risque comme le méthotrèxate, avec des conditionnements de 10, 12, 20 ou 24 comprimés selon les laboratoires, inadaptés pour les posologies usuelles en médecine de ville et dans les indications hors cancérologie, alors qu'il figure comme « Never Event ».

Enseignements tirés.

Actions proposées par l'équipe



Création d'un groupe de travail entre les cadres de l'établissement SSR et ceux de l'établissement d'amont pour améliorer la coordination et les échanges d'informations indispensables dès la sortie.

Elaborer une fiche de renseignements de pré admission complète concernant les antécédents médicaux et chirurgicaux, un résumé succinct des soins requis, un résumé de l'hospitalisation en cours, le traitement de sortie d'hospitalisation du patient reprenant l'ensemble des médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation et lors de l'ordonnance de sortie (explicitation des traitements modifiés et nouveaux traitements) pour le traitement médicamenteux, la prescription complète du patient, entre autres éléments.

Création d'un espace partagé informatique pour l'ensemble des praticiens, générant une ordonnance informatisée pouvant être envoyée à la pharmacie par une messagerie sécurisée type Télésanté.

2 préparateurs de la pharmacie d'officine sont actuellement affectés à la délivrance des médicaments pour l'établissement. Une alerte « méthotrécate » est prévue au niveau de leur logiciel de préparation. (exemple : Surveillance pharmaceutique des posologies et des rythmes d'administration classés substances vénéneuses).

Le dossier patient informatisé comportant une prescription médicamenteuse informatisée et les plans d'administration des médicaments est prévu.

Intégrer dans le management de la prise en charge médicamenteuse les points de transition : traitements personnels prescrits, transmission exhaustive des traitements prescrits (comprenant la prescription des traitements antérieurs modifiés, arrêté ou reconduits) et les nouveaux traitements liés à l'hospitalisation (conciliation médicamenteuse).

Références - Recommandations – législation ou littérature

- Vidal : méthotrécate
- Base de données Thériaque : méthotrécate
- ANSM :
 - <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Methotrexate-par-voie-orale-une-seule-prise-par-semaine-attention-aux-erreurs-Point-d-information>
 - <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Methotrexate-par-voie-orale-deces-lies-a-des-erreurs-de-prise-quotidienne-au-lieu-d-hebdomadaire-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
- Fiche de sensibilisation au méthotrécate par voie orale de l'OMEDIT

