



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

## Analyse Approfondie de Cas n°56 :

### Décès en chambre d'isolement.

Date de parution : mai 2017

- **Catégorie : Santé mentale**
- **Nature des soins : thérapeutiques**

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



#### ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'identification des accidents liés aux effets indésirables des neuroleptiques peut être rendue difficile en raison de leur sous-estimation.

Une démarche de dépistage, de gestion des effets indésirables des neuroleptiques, structurée à l'échelle de l'établissement et comportant :

- Pertinence du choix des molécules avec balance bénéfice/risque,
- Protocoles de surveillance clinique et para clinique des effets indésirables,
- Définition des responsabilités médicales dans leur prise en charge,
- Prise en compte des avis de pharmacie clinique,
- Modalités de coordination médicale, paramédicale et pharmaceutique.

L'articulation avec les analyses approfondies de causes et les évaluations de pratiques professionnelles doit tendre à la diminution de ces événements indésirables graves.



Une jeune femme de 29 ans est hospitalisée, le dimanche 19 janvier 2014, pour « bizarrerie du comportement ». Elle est accompagnée par sa mère dans le service d'urgences psychiatriques. La patiente déclare être en rupture de traitement depuis un mois. Dans ses antécédents on retrouve une hospitalisation dans un autre centre hospitalier en 2011 pour trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique. La patiente a ensuite été prise en charge dans un centre médico-psychologique (CMP). Le traitement alors comprenait de l'aripiprazol. Depuis un mois, la patiente est prise en charge dans un autre CMP. À l'admission, l'évaluation réalisée lors d'un entretien médical fait état d'un contact hermétique ; la patiente est mutique, ne répond pas aux questions et semble très anxieuse. Une hospitalisation libre pour évaluer une probable décompensation psychotique est décidée conjointement. Un traitement est initié et comprend un anti psychotique atypique (amisulpride) et une benzodiazépine. Le 20 janvier, la patiente est transférée dans une autre unité.

Le médecin conclut par le diagnostic de décompensation d'une schizophrénie paranoïde avec ambivalence aux soins. Il pose l'indication d'hospitalisation psychiatrique en urgence sous contrainte et réalise le certificat. Le traitement de fond est modifié avec introduction de risperdone.

Un électrocardiogramme réalisé à l'admission montre un espace QT long, mais l'examen n'est pas renouvelé. Les traitements, de fond et à visée sédatif, sont adaptés en posologie en fonction de l'état clinique de la patiente tout au long du séjour. Des difficultés sont constatées lors de la prise des médicaments et l'équipe soignante a des difficultés à évaluer si cette prise laborieuse est liée à des troubles de la déglutition par dysphagie iatrogénique ou en raison d'une opposition de la patiente. Cependant, la symptomatologie clinique reste inchangée et nécessite des adaptations des traitements sédatifs. Trois semaines plus tard, la patiente présente toujours des angoisses massives, des idées délirantes et de persécution. Elle est placée en chambre d'isolement et le traitement de fond est changé pour de l'aripiprazol le 11 février. Dans la soirée, la patiente est retrouvée derrière la porte de la chambre d'isolement, en arrêt cardio-respiratoire. Malgré les gestes de réanimation par l'équipe soignante et l'intervention du SAMU, la patiente est déclarée décédée. Devant l'obstacle médico-légal à la délivrance de l'acte de décès par les médecins sur place, la police judiciaire est contactée, puis le procureur de la république qui ordonne une autopsie. La mère de la patiente est informée du décès de sa fille et des circonstances du décès. Les conclusions de l'autopsie ne sont pas connues.

#### CARACTÉRISTIQUES :

##### **Gravité :**

Décès

##### **Organisation en place :**

L'établissement dispose d'une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La procédure se trouve sur intranet. Les notions d'incidents, d'accidents et de situations à risques sont définies ainsi que celles de fréquences (rare, occasionnel, fréquent, très fréquent), de gravité et de criticité. L'origine des événements indésirables est classée selon trois items :

prise en charge du patient, prestations logistiques et techniques. La procédure récemment informatisée est connue du personnel. La fiche de déclaration a été revue en 2010 et elle accorde désormais une place importante aux risques cliniques et aux vigilances. Le personnel est sensibilisé aux risques liés au circuit du médicament.

A partir du bilan des événements indésirables, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

Ce bilan est présenté aux différentes instances.



**Le 19 janvier :** Une femme de 29 ans est prise en charge dans un service d'urgences psychiatriques pour « bizarrerie du comportement ». Elle a déjà été hospitalisée en 2011 pour un séjour au cours duquel le diagnostic de trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique a été posé. Un traitement par olanzapine est initié à sa sortie elle est prise en charge en CMP. Son traitement est modifié ; elle est mise sous aripiprazol 10 mg. Depuis un mois, la patiente est suivie dans un autre CMP, elle déclare être en rupture thérapeutique depuis cette date. Sur le plan somatique, elle présente un trouble de la crase sanguine avec un TP à 60 %.

Au plan social, la patiente vit seule en appartement et ne semble pas avoir d'amis. Elle est sans emploi. L'évaluation réalisée lors de l'entretien médical montre un contact hermétique ; elle est mutique et ne répond pas aux questions. Elle a les yeux baissés et semble très anxieuse. Le médecin note des mouvements rapides des paupières et de la bouche, s'interroge sur une possible soliloquie et doute de l'écoute de la patiente. Une hospitalisation libre pour évaluation d'une probable décompensation psychotique est décidée conjointement. Un traitement est prescrit et comporte : amisulpride et diazépam. Elle est transférée en unité d'hospitalisation le 20 janvier.

**Le 21 janvier :** La patiente est suivie en entretien et le médecin observe une froideur affective, une tristesse à l'évocation du suicide de son père ou à l'évocation de sa mère. Une désorganisation de la pensée est notée. Elle explique ne pas prendre régulièrement son traitement par l'aripiprazol, jugeant qu'il n'est pas efficace et que le traitement par olanzapine lui fait prendre du poids. Le traitement est modifié et comporte : risperidone 4 mg/jour diazépam 20mg/jour et arrêt de l'amisulpride.

**Le 24 janvier :** Un électrocardiogramme est effectué et montre un QT long. Un contrôle est demandé pour le 27 janvier mais ne sera pas réalisé.

**Du 25 janvier au 3 février :** Il n'y a pas de signes cliniques d'amélioration. Le traitement est modifié : augmentation de la risperidone et introduction de cyamémazine. Des entretiens sont effectués régulièrement. Les adaptations des posologies sont réalisées en fonction des effets indésirables (sommolence...).

**Le 4 février :** La patiente est très anxieuse la nuit. Un isolement de nuit lui est proposé pour la rassurer. La prise de comprimés est laborieuse : il est difficile d'évaluer si cela est dû à des troubles de la déglutition par dysphagie iatrogénique ou en raison d'une attitude opposante. Le traitement par diazépam est passé en suspension buvable. Le lendemain un « switch » cyamémazine / lévomépromazine est initié.

**Le 6 février :** Lors d'un entretien médical très difficile, la patiente se montre très anxieuse. Le traitement est modifié : arrêt diazépam, introduction prazepam 40 mg/jour, augmentation de la risperidone à 8 mg /jour. Suite à un épisode de forte agitation, elle est placée en chambre d'isolement. Lors d'un entretien, le médecin note qu'elle présente une désorganisation importante, des idées délirantes, une grande tension interne et des angoisses réactionnelles massives. Elle reste inaccessible au discours soignant. Le lendemain le traitement est adapté (augmentation de la cyamémazine).

**Le 9 février :** La patiente présente toujours des idées délirantes allant jusqu'à des sentiments de persécution ainsi qu'un envahissement par des angoisses massives. Il n'est pas noté d'agitation. La mesure en chambre d'isolement est renouvelée. Les prises de traitements sont soumises à des marchandages incessants. La patiente réclame son traitement par voie injectable.

**Le 11 février 9h30 :** La symptomatologie est identique, la patiente présente toujours des idées délirantes. Elle refuse de prendre son traitement. Une injection de cyamémazine 50 mg est administrée. Après négociations, la patiente accepte de prendre le restant de son traitement mais s'étouffe et tousse au moment de l'avalier, montrant «une désorganisation très importante ». Désorganisation confirmée lors d'un entretien avec le médecin. La patiente verbalise des idées de culpabilité avec écholalies et difficultés d'expression importantes. Elle se dit persécutée par les soignants pour la prise du traitement médicamenteux. Le traitement est modifié et comporte : aripiprazol en intramusculaire 9,75 mg et diazépam 30 gouttes soit 10 mg.

**À 12 h :** Injection de l'aripiprazol. La patiente pleure beaucoup, demande pardon aux soignants. Elle reste inaccessible à la réassurance. L'après midi la patiente est calme.

**Vers 19h :** Les soignants distribuent le dîner et restent avec la patiente pendant le repas.

**À 21h15 :** Un IDE constate que la patiente a toujours une bouchée dans la bouche. Il lui demande de la cracher. Celle-ci s'exécute.

**À 22h30 :** Les soignants constatent que la patiente n'est pas dans son lit. Ils ouvrent la porte, le corps de la patiente chute violemment, la tête en avant, contre le sol. Elle git inconsciente. Elle ne présente ni pouls, ni respiration spontanée, ses lèvres sont cyanosées et son teint est « blafard ». Les soignants tentent de contacter l'interne de garde mais la communication ne peut être établie. Ils contactent alors le concierge qui téléphone à l'interne de garde et au service de sécurité. L'interne de garde téléphone dans le service et donne les consignes de réanimation selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le SAMU est contacté par l'interne de garde, puis celui-ci contacte le praticien hospitalier de garde pour l'avertir de la situation. La réanimation est ensuite effectuée par l'interne qui constate une probable inhalation du contenu gastrique avec obstruction trachéale par le repas du soir. L'équipe du SAMU, arrivée sur place, poursuit la réanimation.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Effets indésirables des neuroleptiques : Iatrogénie médicamenteuse possible

- \* Inhalation du contenu gastrique en raison de possibles troubles de la déglutition dans le cadre d'une dyskinésie aux neuroleptiques ?
- \* Troubles du rythme cardiaque liés aux traitements antipsychotiques et neuroleptiques ?

Discontinuité de la surveillance au moment de la relève dans des locaux ne permettant pas la surveillance visuelle et auditive par l'équipe ni un appel par la patiente.

## Facteurs latents

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

### Patient :

Psychose de type schizophrénique avec troubles de type catatonique.

Patient mutique, en rupture de traitement depuis un mois. ++

Hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence et mauvaise acceptation de l'hospitalisation.

Opposition de la patiente concernant la compliance au traitement. ++

Syndrome du QT long à l'ECG. +++

Possibles troubles de la déglutition dans le cadre d'une dyskinésie aux neuroleptiques. +++ ?

### Professionnels / facteurs individuels :

Défaillances dans les transmissions entre l'équipe d'après midi et l'équipe de nuit (omission de faits prenant leur importance lors de l'analyse) : ++

- la patiente a gardé en bouche pendant quelques heures une boulette d'épinards du repas du soir ;
- agitation vers midi ;
- switch de neuroleptiques dans le traitement de fond et administration des 2 neuroleptiques en IM.

Stress lié à une situation d'urgence vitale.

### Équipe :

Difficultés à évaluer des troubles de la déglutition liés soit à une dysphagie iatrogénique soit à une opposition de la patiente à accepter la prise médicamenteuse. +++

Charge de travail importante. ++

Difficultés à établir des échanges de qualité avec la patiente.

### Tâches :

Structuration du dossier de soins informatisé en cibles distinctes, contenant chacune une évolution chronologique, ne permettant pas une vision évolutive globale. +

Suivi des effets indésirables des psychotropes, avec les éléments d'évaluation, insuffisamment structuré (critères cliniques à observer, examens complémentaires, périodicité, « remontée » des informations, recours médical somatique généraliste ou spécialisé, ...) et particulièrement les situations à risque de mort subite +++

### Environnement :

Chambre d'isolement inadaptée pour le bien-être du patient et la surveillance adéquate par le personnel soignant, à savoir : +++

- Chambre localisée à une extrémité du service, avec impossibilité de surveillance aisée et d'entendre les appels potentiels du patient ;
- absence de système d'appel par le patient ;
- Chambre « lugubre » avec équipement hôtelier obsolète (lit notamment).

Dysfonctionnement des communications téléphoniques depuis plusieurs semaines avec non information aux personnels de nuit notamment. +

### Organisation :

Pas de facteurs latents identifiés.

### Institution :

Procédure institutionnelle « post-événementielle » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'événements criminels inapplicable en l'état : problématique de l'articulation entre gestes d'urgence à réaliser et respect d'une « scène de crime » potentielle.

**Facteurs d'atténuation** : aucun facteur retrouvé lors de l'analyse

## Enseignement : Actions / Barrières



**Spécifique**: Étudier la faisabilité de relocaliser géographiquement la chambre d'isolement à une distance proche du poste de soins et permettant une surveillance rapprochée plus aisée.

Équiper cette chambre d'un système d'appel (téléphone, interphone, ?) et de mobilier sécurisé permettant néanmoins un confort minimum pour le patient.

### Commun :

Réflexion institutionnelle pluri-professionnelle sur l'élaboration et la diffusion de grilles d'évaluation des effets indésirables des neuroleptiques et des conduites à tenir ; par exemple :

- Syndrome malin des neuroleptiques
- Troubles de la déglutition dans le cadre des dyskinésies aux neuroleptiques et autres troubles neurologiques ou neuro-végétatifs (travail institutionnel en cours : EPP sur les troubles de la déglutition)
- QT long dans le cadre des troubles de la conduction
- Troubles endocriniens et métaboliques
- Etc...

Systématisation de la mise en place de ces grilles de recueil des éléments de surveillance des effets indésirables des neuroleptiques.

Évaluation régulière des risques liés aux traitements en staff pluri-professionnels afin d'éclairer les décisions thérapeutiques et la balance bénéfice-risques.



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

Docteur Régine LECULEE  
Nathalie ROBINSON cadre de santé  
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[regine.leculee@ccecqa.asso.fr](mailto:regine.leculee@ccecqa.asso.fr)  
[nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr](mailto:nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr)  
[marylene.gerard@ccecqa.asso.fr](mailto:marylene.gerard@ccecqa.asso.fr)

**Général** : Evaluation du nombre de décès inattendus pouvant relever des effets indésirables des neuroleptiques.

## Références et Bibliographie

- Résumés des Caractéristiques du Produit. Vidal
- Dysphagie iatrogénique. J Martel C.H. Robert-Giffard. Pharmactuel .Vol. 34 No.1 Janvier/Février 2001
- P.N. van Harten et al : Acute dystonia induced by drug treatment. *Brit Med J* **319** : 623-626(1999)
- Dystonie aiguë d'origine neuroleptique. Folia Pharmacotherapeutica <http://www.cbip.be/Folia/2000/F27F08C.cfm>
- Comparing Acute Toxicity of first-and second-Generation Antipsychotic Drugs: A 10-years, Retrospective Cohort Study. M.A. Ciranni T.E. Kearney. K.R. Olson. J CLIN Psychiatry 70 :1, January 2009
- Les mouvements anormaux (322) Professeur Paul KRACK mai 2004 (Mise à jour juillet 2005) Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble—[www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/neuro/troublsensimot/322/leconimprim.pdf](http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/neuro/troublsensimot/322/leconimprim.pdf)
- Management of antipsychotic adverse effects: movement disorders -Revised February 2013. ©Therapeutic Guidelines Ltd (etg42 March 2014) - <http://online.tg.org.au/complete/desktop/tgc/ptg71/13776.htm>
- Management of antipsychotic adverse effects: common adverse effects (table 8.21) - Revised February 2013. Amended February 2014. ©Therapeutic Guidelines Ltd (etg42 March 2014) - [http://online.tg.org.au/complete/desktop/tgc/ptg71/table\\_8\\_21.htm](http://online.tg.org.au/complete/desktop/tgc/ptg71/table_8_21.htm)
- Medication-Induced Dystonic reactions. J.M. Kowalski and all. Medscape Reference. Drugs, Diseases and Procedures. <http://emedicine.medscape.com/article/814632-overview>
- Guide - affection de longue durée – HAS – Schizophrénies – juin 2007

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