

Analyse Approfondie de Cas n° 62

Mort subite inexpliquée d'un patient



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

Date de parution : Décembre 2017

- Catégorie : Santé mentale
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La surveillance des personnes prises en charge en santé mentale a plusieurs facettes:

- la surveillance de la symptomatologie psychiatrique,
- la surveillance de l'état somatique, cliniquement et avec des examens paracliniques
- la surveillance des effets iatrogènes et indésirables des traitements médicamenteux de psychiatrie.

Elle nécessite une organisation spécifique au regard des différents points de surveillance:

- définition des critères de surveillance (physique, psychique, iatrogénique, ...)
- définition des modalités de surveillance (lors des transmissions, lors des réunions de synthèse,...)
- Organisation des supports permettant de structurer et de tracer cette surveillance.

Mais elle nécessite aussi le respect de la réglementation, des bonnes pratiques professionnelles en matière de circuit du médicament, et l'observance des recommandations (formalisées d'experts ou pour la pratique clinique) pour ce qui concerne l'usage des antipsychotiques.

La collaboration pluri professionnelle, psychiatre, médecin somaticien et pharmacien est incontournable.

Un patient de 51 ans est adressé pour hallucinations auditives par un médecin d'une structure d'addictologie au sein d'un centre hospitalier spécialisé. Le patient y est suivi depuis 2 ans. Il est sous Méthadone® buvable.

D'origine portugaise, il a vécu son enfance outremer. Il est en métropole depuis 7 ans mais a besoin d'un interprète.

Dans ses antécédents familiaux on retrouve un père alcoolique et violent, une mère souffrant de psychose et d'hallucinations auditives ayant entraîné plusieurs hospitalisations. Il ne signale pas de pathologie somatique mais plusieurs hospitalisations pour hallucinations. Depuis l'âge de 17 ans il consomme du cannabis, puis à 24 ans il commence à consommer de l'héroïne et de l'alcool. Actuellement il consomme de l'alcool et du cannabis associés à son traitement par méthadone.

Le patient demande un sevrage alcoolique et accepte les conditions d'hospitalisation qui lui sont expliquées (interdiction de consommer des produits toxiques, interdiction de sortir).

Une prise en charge médico-sociale est mise en place. Un traitement est prescrit pour traiter la symptomatologie hallucinatoire et l'addiction à l'alcool. La sédation excessive du patient nécessite des adaptations de posologies.

Le patient accepte mal que le traitement par méthadone soit géré par les soignants. Il ne se plie pas aux règles du contrat moral de soins et est recadré plusieurs fois par l'ensemble des professionnels. La barrière de la langue complique la communication. Le patient s'agace face aux règles de vie instituées.

Onze jours après son hospitalisation, il présente une acutisation de sa pathologie schizophrénique. Il se comporte de façon étrange avec des phases d'hallucinations. Compte tenu de son état clinique, il ne parvient pas à prendre son déjeuner en salle commune. Face à son comportement, les autres patients sont inquiets. Un médecin conseille alors qu'il soit conduit dans sa chambre pour poursuivre son repas. Vers 12h45, il est donc installé dans sa chambre afin de finir son repas.

A 15h30, il est retrouvé en état de mort apparente. Malgré la réanimation cardio-pulmonaire initiée par les soignants de l'unité puis relayée par le SMUR, le patient est déclaré décédé à 16h24.

Le médecin du SMUR rédige un obstacle médicolégal pour cause de décès non clairement établie. Le commissariat de police est appelé. L'officier de police judiciaire (OPJ) contacte le parquet qui décide de lever l'obstacle médicolégal.

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, revue en 2010, accorde 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.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 4 septembre : Un patient de 51 ans est adressé pour hallucinations auditives par un médecin d'une structure d'addictologie au sein d'un centre hospitalier spécialisé. Le patient y est suivi depuis 2 ans et bénéficie d'une prescription de Méthadone® buvable tous les 14 jours. Il est d'origine portugaise. Le patient a vécu son enfance à la Réunion. Il est en métropole depuis 7 ans mais il subsiste une barrière linguistique. Dans ses antécédents familiaux on retrouve un père alcoolique et violent, une mère souffrant de psychose et d'hallucinations auditives nécessitant des hospitalisations. Le patient ne signale pas de pathologie somatique mais plusieurs hospitalisations outremer pour des hallucinations. Il consomme du cannabis depuis l'âge de 17 ans, puis à partir de 24 ans, il consomme de l'héroïne et d'alcool. Actuellement il consomme de l'alcool et du cannabis associé à un traitement par méthadone initié depuis 2 ans environ. À l'admission, le patient est de bon contact, il ne présente pas de ralentissement psychomoteur. Il demande une hospitalisation pour sevrage alcoolique. Le médecin lui explique que lors de cette hospitalisation, d'une durée minimale de 15 jours et sans autorisation de sortie, il est interdit de prendre des toxiques. Le patient accepte. Son traitement comporte à l'entrée : Méthadone® 70 mg par 24 heures. Le médecin prescrit en plus : Séresta® 250 mg par 24 heures ; Vitamine B1-B6 : 2500 mg/210 mg par 24 heures ; Risperdal® 2mg par 24 heures. Un bilan urinaire est effectué. Un électrocardiogramme est interprété normal. Le patient est anormalement sédaté après le repas du soir. Ses constantes sont correctes. La prise de toxiques est suspectée mais aucune substance n'est retrouvée. Le patient déclare que c'est son état habituel le soir.

Du 5 au 12 septembre : le patient semble très sédaté. Des examens sont effectués. Il présente toujours des hallucinations auditives, aucun signe de sevrage n'est retrouvé. Il ne respecte pas les règles, il sort de l'établissement et va boire dans un café. Il est rentré à plusieurs reprises en état d'ébriété. Le traitement est modifié : Séresta® 40 mg/jour ; Risperdal® 4 mg/jour ; Parkinane® 5 mg par/jour ; Paracétamol 3000 mg à la demande ; Méthadone® 70 mg/jour ; Vitamine B1-B6 : 2500 mg-210 mg/jour. Le patient est stimulé pour se lever. Il se lève vers 11 heures et refuse d'attendre pour sa prise de méthadone. Il s'énerve régulièrement. Il souhaite prendre son traitement seul. Il s'absente de l'unité une bonne partie de la journée et de ce fait n'a pas sa délivrance de Méthadone® à l'heure prescrite. Le patient est recadré. Il explique qu'il se rend dans un restaurant où il prend seul son traitement. Il exprime sa frustration quand à la non reconnaissance de sa capacité à gérer seul ce traitement. Il a l'habitude de prendre sa méthadone en fractionné, selon les besoins ressentis et non pas en une prise unique. Le médecin lui rappelle les règles de vie dans l'unité et les règles concernant la gestion des traitements. Il réexplique l'importance de la prise unique du traitement par Méthadone®. En fin d'entretien le patient semble plus calme.

Le 12 septembre : Le patient est reçu en entretien. Il est confus et sédaté. L'entretien se déroule sans interprète avec l'aide d'un outil informatique. Le patient dit que le traitement prescrit est trop puissant. Il dit ne pas ressentir le besoin de s'alcooliser. Il réexplique sa frustration de ne pas gérer seul son traitement. Les règles lui sont rappelées. Le médecin lui annonce les résultats positifs de la sérologie VHC. Le patient ne semble pas comprendre cette information. Il présente toujours des hallucinations auditives. Le traitement est modifié : Séresta® 20 mg/jour ; Risperdal® 4 mg par/jour ; Parkinane® 5 mg/jour ; Paracétamol 3000mg à la demande ; Méthadone® 70 mg/jour ; Vitamine B1-B6 : 2500 mg-210 mg/jour.

Le 13 et 14 septembre : Les transmissions infirmières font état du comportement du patient : « bizarrerie de contact, de comportement. Paraît halluciné : ferme les yeux et soliloque, puis détourne le regard vers un point précis sans qu'il ait de motif inscrit dans le réel. Paraît accéléré par moments et beaucoup plus ralenti voire somnolent à d'autres ». Le patient est retrouvé et ramené par un agent de sécurité, il avait dénudé du câble électrique pour récupérer le cuivre, avec un « ami ». Les règles lui sont rappelées mais il semble peu sensible au discours des soignants.

Le 15 septembre : Le patient sort alors qu'il n'y est pas autorisé. Il est de retour dans l'unité en fin de matinée. Il ne s'est pas présenté à l'heure prescrite pour la prise de son traitement de midi. Il présente un comportement étrange et paraît sédaté avec une « gestualité sans objet évocatrice de la présence d'onirismes ». Sur sollicitation le patient semble recouvrer fugacement une orientation et une réponse adaptée. Il est vu en entretien. Le médecin le décrit comme confus et sédaté sur des courts moments. Le traitement est adapté avec une suspension de la prise de Séresta® à midi. Les résultats des analyses de recherche de toxiques effectuées le 11 septembre montrent une consommation active de cannabis.

Vers 12 h : Le patient se comporte de façon étrange et hallucinée. Il ne parvient pas à manger compte tenu de son état clinique. Les autres patients sont inquiets face à son comportement. Un médecin conseille alors que le patient soit conduit dans sa chambre pour poursuivre la prise du repas. Il est accompagné dans sa chambre où son plateau repas lui est servi.

Vers 15h30 : Une IDE se rend dans la chambre du patient et le trouve inconscient, assis devant son plateau repas avec le fromage intact dans une main, la tête en hyper extension, les lèvres cyanosées. Elle constate une absence de mouvements respiratoires et une absence de pouls. Elle alerte immédiatement un collègue IDE qui interpelle les médecins présents dans l'unité. L'IDE débute une réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Le cadre de santé informe le directeur des soins de la situation et prévient la conciergerie de l'arrivée d'une équipe du SMUR afin de faciliter son orientation. Malgré une RCP réalisée selon les bonnes pratiques par l'équipe, le décès du patient est prononcé à 16h24. Le médecin du SMUR rédige un obstacle médico-légal pour cause de décès non clairement établie. Un appel au commissariat de police est effectué. L'officier de police judiciaire (OPJ) contacte le parquet qui décide de lever l'obstacle médico-légal.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées



La cause médicale du décès étant indéterminée, évocation d'effets indésirables des psychotropes et/substances psychoactives (troubles du rythme à type de torsade de pointe, troubles respiratoires ?).
Discontinuité de la surveillance au moment des transmissions lors des changements d'équipes paramédicales.
Sous évaluation des risques liés à l'administration conjointe de méthadone et de psychotropes.

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

Facteurs latents

Patient :

Difficultés de compréhension et d'expression orales liées à la barrière de la langue (portugais) et aux difficultés à obtenir un interprète autant que nécessaire.

Prises en charge complexe :

Sociale : statut précaire (patient SDF, toxicomane, avec peu de ressources financières...).

Médicale :

- Souvenirs imprécis des dates et motifs des diverses hospitalisations antérieures hors métropole.
- Schizophrénie non traitée au moment de son hospitalisation.
- Traitement par méthadone depuis au moins 2 ans, avec prescription médicale organisée tous les 14 jours mais autogestion du traitement par le patient et traçabilité des prises non fiable.
- Patient en demande de sevrage de sa consommation d'alcool avec poursuite de l'addiction au cannabis (plus de 30 ans).
- Ruptures itératives du contrat moral de soins.

Thérapeutique :

- Traitements psychotropes multiples. +
- Souhait du patient d'autogérer le traitement substitutif par méthadone sans respecter l'observance de la prise unique à horaire fixe (suspicion de prise partielle du traitement pour revendre une autre partie du traitement, évoquée par des membres de l'entourage du patient qui se sont manifestés après le décès et dont le patient n'avait fait mention). +
- Sédation excessive, d'origine iatrogénique ? ou exogène ?

Complexité de la situation familiale : le patient vit en France métropolitaine depuis 7 ans, sans sa famille (fratrie de 7 enfants, père violent, mère avec pathologie psychiatrique).

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut de recueil de données ne permettant pas de réunir l'ensemble des antécédents médicaux et sociaux du patient :

- Impossibilité de contacter par téléphone les soignants qui ont pris en charge le patient hors métropole.
- Difficultés de communication dues à la barrière de la langue et l'état clinique du patient.
- Peu d'informations transmises par la structure d'addictologie.

Équipe :

Réponses tardives ou passives devant les ruptures dans le contrat moral de soins (sorties non autorisées, prise d'alcool et prise de la méthadone hors de l'établissement).++

Tâches :

Réalisation d'une traçabilité « automatique » de l'horaire d'administration des médicaments, sans toujours une corrélation fiable avec l'horaire réel de prise (méthadone).

Difficultés d'accès à une ligne téléphonique pour les médecins concernant les appels hors France métropolitaine.

Défaut de planification des tâches hôtelières pour les patients ne prenant pas leurs repas en salle commune (plateau non débarrassé à 15h30).

Protocole de suivi des effets indésirables des neuroleptiques non mis en œuvre.++

Environnement :

Charge de travail importante au niveau paramédical.

Structuration du dossier de soins informatisé en cibles distinctes, contenant chacune une évolution chronologique, ne permettant pas une vision évolutive globale, et difficultés pour établir la traçabilité des traitements prescrits ou modifiés et des administrations lors de l'impression du dossier.

Organisation :

Mauvaise organisation de la surveillance des patients lors des temps de transmission ou de réunion d'équipe (ruptures dans la surveillance).+

Institution :

Diffusion mal comprise des accès aux possibilités de téléphoner hors métropole.

Méconnaissance des procédures de recours à une autopsie diagnostique.

Facteurs d'atténuation

Des barrières d'atténuation et de récupération défaillantes ont été bien identifiées par les professionnels eux mêmes, avant la rencontre, puisque la rupture de surveillance pendant les transmissions entre les équipes a peut-être été contributive. Des actions correctives ont été mises en place avec le détachement systématique d'un agent pour la surveillance des patients pendant cette période sensible.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique :

Mettre en place un suivi biologique du dosage sérique de la méthadone afin de s'assurer que les doses prescrites sont adaptées et /ou réellement absorbées par les patients.

Commun :

Organiser la surveillance des effets indésirables des médicaments de psychiatrie, dont la systématisation de la surveillance des ECG qui reste un point de vigilance spécifique.

Arrêter l'organisation du suivi somatique des patients et définir les plages de temps médical dédié.



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

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

Général :

Définir les contextes et les modalités du recours à l'autopsie scientifique.

Références et Bibliographie

- « Résumé des Caractéristiques du Produit » des différentes molécules. Vidal
- Guide HAS – Affection de longue durée : Schizophrénies – juin 2007
- 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
- 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
- Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. V. VAZQUEZ C. GURY.X. Laqueille L'Encéphale, 2006 ; 32 : 478-86, cahier 1