



Septembre 2012



**RAGE ERAGE** FC  
Franche-Comté

Plateforme d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables  
Equipe d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

## Un médicament pour un autre...

### INCIDENT

Un homme de 77 ans est admis le vendredi 13 juillet, dans les suites d'une prothèse d'épaule, dans un établissement de SSR. L'admission était programmée pour le lundi suivant, mais elle a été avancée au dernier moment après accord téléphonique entre médecins. Seule une lettre de sortie manuscrite accompagne le patient, et la demande d'admission est mal renseignée. Le médecin du SSR cherche à obtenir des informations complémentaires auprès du service adresseur, mais aucun médecin n'est joignable. Il obtient toutefois que le reste du dossier soit faxé dans la journée.

Le patient, dénutri et difficilement interrogeable, ne peut apporter d'éléments fiables, mis à part un antécédent d'intervention cardiaque il y a 7 ans, des poussées d'arthrose et des troubles mictionnels. En fin d'après-midi, toujours en l'absence de dossier, le médecin du SSR rédige une prescription à partir de la lettre manuscrite, mais lit mal PERMIXON et prescrit du PREVISCAN (AVK) et une surveillance biologique par INR. Il demande à l'infirmière de l'appeler par téléphone à l'arrivée du fax.

Le laboratoire ne peut délivrer de résultat d'INR le soir (prélèvement insuffisant et jour férié suivant). Vers 20h30, le patient se plaint de fortes douleurs arthrosiques. Lorsque l'infirmière de nuit appelle le médecin, elle lui lit les informations principales du dossier reçu par fax à 18h30 (dont le traitement de sortie comportant du Permixon) et l'avertit des plaintes du patient, en insistant sur le fait que le patient a été traité durant son séjour en chirurgie pour des poussées identiques par du Diclofenac (AINS). Par téléphone, le médecin prescrit donc du Diclofenac, qui est rajouté par l'infirmière de nuit dans le semainier.

Le lendemain, le patient, dont les douleurs ont diminué, est vu rapidement par le médecin de garde, mais celui-ci ne consulte pas le dossier et ne trace pas son intervention. Le patient reçoit AVK et AINS durant tout le week-end.

Le lundi matin, malgré la demande de l'aide-soignant de l'attendre, le patient veut se lever. En tentant d'attraper sa canne qui a été déplacée, il chute la tête en avant et doit être transféré en urgence. Le patient souffre d'un hématome extra dural et son INR se révèle à 4,2.

### Evènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins et conséquence

- Troubles de la conscience dus à un hématome extra dural, entraînant une intervention non programmée, une prolongation d'hospitalisation et d'éventuelles séquelles
- L'incidence des chutes dans les établissements de santé et en institution est estimée à 1,6 chutes par lit et par an. Environ 20% de ces chutes entraînent des conséquences graves chez les patients\*.

\* Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean CH. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001;135:686-93.



Erage - RéQua - 26 rue Proudhon - 25000 Besançon  
03 81 61 68 10 - 03 81 61 93 28 - erage@requa.fr

### Cause immédiate

- Chute
- Prescription d'un traitement inapproprié

### Causes racines

- Défaut d'échanges avec l'établissement d'amont
- Difficulté dans la recherche d'information auprès de l'établissement d'amont
- Défaut de communication interne orale et écrite
- Défaut de validation de la prescription par recoupement du dossier
- Conditions de travail inadéquates (interruption de tâche...)
- Défaut de prévention des chutes (troubles mictionnels, absence de sonnette à proximité, position de la canne...)
- Non respect des consignes par le patient

## ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Réflexion avec les établissements d'amont pour améliorer la transmission d'informations lors d'une admission :
  - Exigence de transmission des éléments principaux du dossier préalablement à l'admission
  - Identification d'un correspondant médical joignable par téléphone lors du transfert
- Limitation des jours et des plages horaires pour l'admission des patients
- Définition des règles de prescriptions par téléphone, avec reconstitution de l'ensemble de la prescription à partir de la feuille de prescription
- Sensibilisation des infirmiers et des médecins sur l'importance :
  - de la lecture critique et exhaustive des prescriptions et dossiers
  - de la traçabilité du suivi médical et paramédical
- Mise en place de la validation pharmaceutique, ou d'une prescription informatisée permettant de détecter les associations médicamenteuses dangereuses
- Rappel des recommandations de surveillance en cas de prescription d'AVK
- Amélioration de la prévention des chutes, notamment chez les patients dénutris (évaluation du risque, sensibilisation du patient, entraînement, renutrition...)
- Sensibilisation des soignants au repositionnement à portée de main des patients des aides à la marche et des autres objets personnels (aménagement de son environnement)

### Références

- AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des médicaments antivitamine K (AVK) ; avril 2009
- SFDRMG-HAS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée ; novembre 2005
- SFGG-HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ; avril 2009
- RéQua. M. Lucien. Film à visée pédagogique ; décembre 2011

