

---

### Thématique

---

**Rupture de la prise en charge médicamenteuse liée à un défaut d'approvisionnement de médicaments à l'occasion d'un transfert entre établissements.**

---

### Catégorie

---

**Établissement sanitaire : SSR**

---

### Résumé de l'EIGS

---

Patiente de moins de 40 ans transférée en SSR dans le cadre d'une prise en charge liée au mésusage d'alcool. La patiente est connue pour épilepsie et traitée depuis l'adolescence.

Dans cet établissement SSR, une conciliation médicamenteuse est réalisée à l'admission de la patiente. Les traitements sont commandés à l'officine ayant une convention avec la structure. Lors de la livraison, l'IDE s'aperçoit de l'absence d'un des antiépileptiques (manquant à la pharmacie).

L'information est transmise le lendemain à un second médecin n'ayant pas fait l'admission. Il décide de majorer la dose d'un autre médicament pour pallier l'absence d'un des trois antiépileptiques. Au troisième jour, la patiente présente un épisode de crises convulsives, avec chute et perte de conscience nécessitant l'intervention du SAMU. Lors du transfert aux urgences, un scanner cérébral a été réalisé confirmant l'absence d'hémorragie cérébrale.

---

## Chronologie des faits

Au jour 1, la patiente de moins de 40 ans est admise au sein du SSR (Établissement de soins de suite et réadaptation) vers 10h30, dans le cadre d'un parcours de soins programmé (sevrage débuté au centre hospitalier). La prise en charge médico-psychosociale est liée à un problème d'alcoolodépendance.

Une conciliation médicamenteuse proactive<sup>1</sup> a été réalisée à l'admission de la patiente par un premier médecin. Plusieurs sources ont été consultées : l'ordonnance habituelle de la patiente, la liste des traitements en cours de l'établissement en amont du transfert et la lettre de liaison. Un entretien avec la patiente a également été réalisé.

L'établissement où était hospitalisée la patiente avait fourni les traitements de la patiente pour la prise du midi.

### Ordonnance à l'admission :

Pathologie	Médicaments en lien avec la pathologie
Épilepsie	CARBAMAZEPINE / PHENYTOINE / LEVETIRACETAM
Trouble de la coagulation	FONDAPARINUX
Asthme	MONTELUKAST / FLUTICASONE-SALMETEROL / SALBUTAMOL
Constipation	LACTULOSE / HUILE DE PARAFFINE
Syndrome anxio-dépressif Alcoolodépendance	OXAZEPAM / PAROXETINE / RISPERIDONE / CLONAZEPAM
Difficulté endormissement	ZOPICLONE
Risque d'ulcère	PANTOPRAZOLE
Hypercholestérolémie	FENOFIBRATE

L'approvisionnement en médicaments de l'établissement est assuré par une pharmacie d'officine. Une convention a été signée entre l'établissement et la pharmacie d'officine afin de formaliser l'approvisionnement en médicaments et garantir la sécurité de dispensation des médicaments. Le pharmacien a accès au dossier patient informatisé pour analyser la prescription.

Les livraisons de médicaments sont assurées par le pharmacien 3 fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis. Si un traitement doit être initié en urgence entre ces livraisons, la cadre de santé, ou un autre cadre, se charge de l'approvisionnement.

Une copie de l'ordonnance est faxée à la pharmacie en début d'après-midi après que toutes les admissions du jour aient été réalisées. Les traitements sont ensuite livrés par le pharmacien en début de soirée.

Lors de la livraison, l'IDE (Infirmier Diplômé d'État) en poste constate l'absence d'un traitement antiépileptique (PHENYTOINE 100MG comprimé). La pharmacie n'avait pas ce traitement en stock. Ce médicament n'avait pas été prescrit dans la structure depuis 2005 et n'était pas inscrit au livret thérapeutique, ni dans la dotation d'urgence. Le pharmacien a alors commandé ce traitement qui arrivera le lendemain à l'officine qui n'est pas un jour de livraison au SSR.

Au matin du jour 2, l'absence de prise du soir est signalée par l'IDE en poste à un second médecin. Dans ce contexte, l'IDE interroge le médecin sur la possibilité de substituer le traitement ou sur la

nécessité de le commander auprès d'une autre pharmacie. Dans l'échange d'informations, le médecin n'a pas entendu la proposition de récupérer le traitement auprès d'une autre pharmacie. D'après la procédure de l'établissement, la cadre de santé peut organiser le dépannage avec une pharmacie d'officine, mais la cadre n'a pas été prévenue par l'IDE.

Ce traitement ne pouvant être substitué et au regard de la polymédication de la patiente, le médecin décide de **majorer la posologie d'OXAZEPAM 50MG** d'une prise/j si besoin à 3 prises/j en systématique.

Au jour 3, la patiente présente des épisodes de crises convulsives à 14h. Elle est retrouvée au sol, face contre terre, inerte et inconsciente après avoir utilisé l'appel malade. L'équipe de soins la prend en charge rapidement et le médecin décide l'administration de VALIUM en IM (Intramusculaire). A 14h25, le SAMU prend en charge la patiente toujours inconsciente. A 15h, la patiente est transférée aux urgences. Les proches de la patiente ont été informés de son hospitalisation aux urgences par l'IDE de veille.

Le retour de la patiente dans l'établissement s'effectue le soir même à 21h15. D'après le compte rendu médical, la chute a causé un traumatisme crânien. Un scanner cérébral a été effectué pour éliminer un saignement intracrânien. Une consultation de neurologie a été réalisée.

Au jour 4, la patiente est à nouveau transférée pour des examens complémentaires en lien avec le traumatisme crânien. La patiente a ensuite bénéficié d'une surveillance adaptée tout au long de son séjour.

---

<sup>1</sup> Définit une conciliation réalisée avant la prescription à l'admission. A distinguer de la conciliation rétroactive qui est réalisée dans les 48 à 72h de l'admission et qui doit donc tenir compte des erreurs médicamenteuses ayant pu émerger de la ou des prescriptions réalisées au sein de l'établissement dans lequel le patient est désormais hospitalisé.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car l'événement est inattendu avec mise en jeu du pronostic vital	Méthode ORION®

## Causes immédiates identifiées

---

- Une nouvelle procédure d'admission prévoyait de contacter le service en amont afin de récupérer les informations liées à la COVID19 et aux traitements de manière à anticiper la commande. Dans le contexte sanitaire, les modifications de pratiques n'ont pas été mises en œuvre. L'appel a été passé, mais les informations demandées n'ont ciblé que la COVID19.
  - La structure n'a pas informé le pharmacien d'officine des traitements de la patiente avant son transfert pour qu'il puisse anticiper l'approvisionnement de la molécule sensible.
  - Le pharmacien n'a pas assuré la délivrance de l'ensemble du traitement, ni trouvé de solutions pour pallier la non-disponibilité de la phénytoïne en lien avec le prescripteur et l'IDE en poste. Cette règle doit être renforcée lorsqu'il s'agit de médicaments sensibles ou désignés « à risque » dans l'établissement. Par ailleurs, le choix de pallier l'absence de PHENYTOINE par la majoration de posologie d'OXAZEPAM peut être discuté.
  - Le service de soins n'était pas habitué à cet antiépileptique qui n'était pas au livret thérapeutique de l'établissement et dont la dernière prescription remontait à 2005.
  - Au moment de la livraison, constatant l'absence du médicament, l'IDE n'a pas appelé un médecin d'astreinte pour la conduite à tenir. Cela n'a été fait que le lendemain.
  - Contrairement à ce qui est précisé dans la procédure, il n'y a pas eu de signalement auprès du cadre administratif d'astreinte pour organiser l'approvisionnement du traitement manquant par une autre officine. L'absence de la cadre de santé depuis 3 mois a pu déstabiliser cette organisation.
  - Il y a eu un défaut de communication entre l'IDE et le médecin lors de la proposition d'un dépannage dans une autre officine. Le médecin n'a pas entendu cette possibilité et s'est concentré sur une alternative thérapeutique.
-

## Que s'est-il passé ?

### Facteurs latents

#### Facteurs individuels

- Défaut de communication immédiate de l'IDE vers le médecin pour signaler l'absence de prise de l'antiépileptique le soir même.
- Défaut d'information du cadre administratif afin d'organiser un dépannage rapide.
- Absence de cadre de santé depuis 3 mois.

#### Facteurs liés aux tâches à accomplir

- Pas d'information de la part du pharmacien concernant la non-disponibilité de la phénytoïne (médicament sensible) et absence de recherche de solutions en lien avec le prescripteur
- Défaut d'information du cadre administratif afin d'organiser un dépannage rapide.

#### Facteurs liés à l'équipe

- Défaut dans la communication entre professionnels. Le médecin n'a pas relevé la proposition d'un dépannage au sein d'une autre officine.
- Absence de la cadre de santé depuis 3 mois, ce qui a pu limiter la bonne prise en main de la nouvelle procédure d'admission par l'équipe de soins.

#### Facteurs liés à l'organisation définie

- Convention entre la pharmacie d'officine et l'établissement incomplète car elle ne précise pas les modalités d'approvisionnement en urgence.
- Tensions au sein de l'équipe liées au plan de reprise d'activité après la première vague du COVID 19 qui ont occulté certaines améliorations de pratiques.

## Enseignements : Actions d'améliorations

---

Différentes actions ont été proposées de manière collégiale.

1. Créer une liste de médicaments à marge thérapeutique étroite et/ou des médicaments à risques par le pharmacien, et/ou des médicaments rarement prescrits au sein de l'établissement.

Mettre en place des formations spécifiques relatives aux médicaments à risques.

Dans le cadre de la réalisation de la conciliation médicamenteuse, intégrer un critère de priorisation relatif aux médicaments : présence d'un médicament rare et ou/ inhabituel.

*Exemple d'outil :*



<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/medicaments-risque-0?parent=5998>

2. Demander à l'établissement d'amont de fournir les traitements des patients pour une prise en charge de 24h, afin de laisser le temps au pharmacien de commander les médicaments manquants.
  3. Réviser la procédure d'alerte en cas de médicaments manquants, en collaboration avec l'équipe IDE, le médecin et la direction. Nécessité d'une évaluation fine du degré d'urgence à disposer du produit manquant à partir de l'évaluation clinique et des modalités d'organisation d'approvisionnement.
  4. Revoir la convention avec la pharmacie d'officine afin de préciser les responsabilités et l'organisation en cas de produits manquants.
  5. Rappeler la procédure d'appel du service de soins en amont du séjour avec les IDE en comité de retour d'expérience.
  6. Formaliser la surveillance du patient notamment en cas d'utilisation de médicaments inhabituels et chez un patient fragile.
  7. Améliorer la communication entre médecin et IDE et traçabilité des échanges dans le dossier patient.
  8. Réaliser une revue de morbi-mortalité (RMM) de façon pluriprofessionnelle à distance permettant le suivi des actions d'amélioration.
-