

## Cas clinique chirurgie – novembre 2014

### Reprise du traitement personnel en chirurgie, sans surveillance

#### Analyse approfondie

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		<i>Contribution relative</i>
VILLE / GENERALISTE : Pas de rédaction d'ordonnance dite de commodité, de plus ne répondant à aucun impératif médical ou organisationnel réel.	OUI <i>rédigée, sans raison objective mais pour rendre un éventuel service post opératoire à la patiente et pour des raisons inconnues en modifiant la dénomination des médicaments habituels depuis plusieurs années (manque de confiance dans la pharmacie hospitalière ?)</i>	<b>MAJEURE</b>
Information du patient, et de ses proches si besoin, des modifications d'un traitement régulièrement prescrit et de ses raisons.	NON	<b>MAJEURE</b>
VILLE / PHARMACIEN D'OFFICINE : Rôle du pharmacien de ville dans la délivrance d'une posologie médicamenteuse non conforme chez une patiente de plus connue de son officine. Rôle de la surveillance de son personnel.	NON <i>Invoque ne pas avoir vu l'ordonnance délivrée par une préparatrice. Sinon déclare a posteriori qu'il aurait appelé le MG pour lever toute ambiguïté. Ordonnance dite de commodité inhabituelle avec ce MG.</i>	<b>MOYENNE</b>
HOPITAL : Interrogation du médecin anesthésiste, lors de la consultation pré anesthésique, sur le traitement antidiabétique inhabituel associant STAGID et GLUCOPHAGE	OUI <i>mais sans alerte supplémentaire de sa part après appel du MG dont la traçabilité ne figure nulle part mais dont l'époux fait mention.</i>	<b>MINEURE</b>
Visite pré anesthésique.	Non tracée, faite ? <i>Aurait pu noter la modification de traitement intervenue depuis la consultation pré anesthésique.</i>	<b>MAJEURE</b>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention</b>		
Prescription post opératoire complète et lisible par l'anesthésiste à la sortie de SSPI.	NON. <i>La mention « reprise du traitement antérieur » a laissé les IDE seuls face à cette responsabilité. L'ARE n'avait pas connaissance du changement du traitement par rapport aux mentions figurant dans le dossier pré anesthésique.</i>	<b>MAJEURE</b>
Interrogation de l'IDE suite à la modification du traitement	NON, <i>avait bien repéré que le STAGID était signalé par le premier anesthésiste mais n'a pas remis en cause l'ordonnance du généraliste. Ce n'était pas totalement son rôle même s'il avait pu demander une confirmation à un médecin hospitalier et refuser ces approximations.</i>	<b>MOYENNE</b>

Circuit du médicament dans l'hôpital en 2007 ?	Non organisé. <i>Dysfonctionnements. A l'évidence la pharmacie n'aurait pas été concernée par le traitement « apporté » par la patiente et repris sur la prescription infirmière, prescription dont on ignore si elle a été vue dans son ensemble par la pharmacie centrale.</i>	<b>MAJEURE</b>
Adaptation des doses d'antalgiques et d'AINS post opératoires journalière en fonction de la douleur et du terrain.	NON, <i>prescription unique post opératoire et non modifiée, a priori nécessaire à J1 mais après ? Ne pas sous-estimer les effets délétères des AINS chez des sujets de la soixantaine, fragiles.</i>	<b>MOYENNE</b>
Appel du médecin par l'IDE pour des symptômes récents et inhabituels (nausées, vomissement) ou signalement à la contre visite effectuée une heure plus tard.	NON, <i>mais un dimanche, et IDE a pensé que effet délétère du Tramadol.</i>	<b>????</b>
Surveillance de l'état clinique de la patiente entre 17 h et une heure du matin.	OUI, <i>des notes à 17 heures, puis dextros à 18 h et 21 h et « A pris une boisson et un potage ».</i>	<b>???</b>
Responsabilité du chirurgien, en tant que chef d'équipe.	OUI, <i>judiciairement mais en pratique ce type de prescription est avant tout du ressort des médecins anesthésistes.</i>	<b>NON</b>
Surveillance de la créatinine post opératoire	NON, <i>reprochée par un expert dans ce contexte mais pas de recommandation, créatinine pré op normale mais aurait pu être demandée avec la NFS du samedi dont on se demande la justification.</i>	<b>+ ou -</b>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Appel immédiat de l'ARE devant une dyspnée et un état inquiétant, arrivée rapide de celui-ci.	OUI, ARE disponible mais retard à l'appel ? surveillance ? décompensation brutale ?	<b>???</b>
Traitement adapté de cette acidose lactique avec hyperkaliémie d'emblée gravissime.	OUI, <i>traitement considéré comme conforme avant et pendant la prise en charge en réanimation sans que les détails ne soient exposés ; situation gravissime d'emblée.</i>	<b>NON</b>

## ANALYSE APPROFONDIE

### Pour le MG

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Défaut de compétence technique</b>	NON	<b>NON</b>
<b>Défauts de compétences non techniques</b> (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)	OUI, MG se résolvant à traiter une patiente selon ses désirs et avec dira-t-il une observance moyenne du traitement, désir de lui rendre service en post opératoire mais modification du traitement pour raison non élucidée (fonction de la connaissance de difficultés d'approvisionnement de la pharmacie hospitalière ?).	<b>OUI</b>

### ANALYSE DETAILLEE pour l'Hôpital

#### Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	Hôpital régional agréé pour l'acte effectué.	NON
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	Pas de procédure définie à l'époque des faits sur les prescriptions et le responsable en titre du suivi post op. Visite pré anesthésique ? Circuit du médicament ?	OUI ++++
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	Inconnue un dimanche. Mais transmissions infirmières notées et contre visite de l'ARE... qui n'a pas concerné cette patiente. Service de Réanimation sur place.	?
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	Les IDE a priori habituées à gérer les traitements personnels des patients avec les médicaments qu'ils ont apportés ? Report sur la demande délivrée à la pharmacie du « traitement personnel du patient ? »	OUI ++
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	OK	NON
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	OK. L'IDE aurait pu appeler le médecin vers 17 h le dimanche, conséquence ? Dossiers de suivis par ailleurs bien remplis (traitement, transmissions pansement...). ARE disponibles.	NON ?
<b>Patients (comportements, gravité)</b>	La relation éventuelle, entre l'absence d'interrogation du patient sur la modification de son traitement par le MG et la complication, est antérieure à l'hospitalisation.	NON

<b>ANALYSE DETAILLEE</b>		
<b>Détail des défauts de compétences non techniques (explique les 20% cités plus haut)</b>	<b>La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.</b>	
<b>Tempo de la maladie</b> <i>(éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)</i>	Survenue en post opératoire d'une complication iatrogène rare, favorisée par plusieurs facteurs post opératoires mais aussi sous la dépendance de complications silencieuses du diabète (coronaire, rein ?) et de l'état antérieur hépatique ? .	<b>OUI</b>
<b>Tempo du patient</b> <i>(éléments liés aux décisions du patient)</i>	Pas de demande au MG sur les raisons de la modification du traitement. Incompréhension. Observance du traitement antérieur et compréhension de celui-ci ? A priori a effectué la surveillance glycémique par dextros tracée en 2005 et 2006.	<b>OUI</b>
<b>Tempo du cabinet</b> <i>(éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)</i>	Visites à domicile ou consultations au cabinet ? Dernière ordonnance entre la consultation pré anesthésique et l'hospitalisation avec modification de traitement sans alerte des médecins hospitaliers. Difficultés ou réticence du médecin pour se rendre au domicile de la patiente en post opératoire ?	<b>NON, facteur conjoncturel.</b>
<b>Tempo du système médical</b> <i>(éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</i>	A l'évidence, les modifications thérapeutiques d'un traitement déjà non standard ont eu lieu à un moment crucial.	<b>OUI</b>

---

## Références Bibliographiques

Recommandations professionnelles de l'Afssaps et de l'HAS, 2006.

Lactic acidosis induced by metformin: incidence, management and prevention. Lalau JD, Drug Safety, 2010, sept 1; 33(9): 720-40.

Metformin associated lactic acidosis in a patient with normal kidney function. Van Sloten and coll, Diabetes Res Clin Pract, 2011, août 10.

Metformin does not increase risk for acidosis in type 2 diabetes, Ann Intern Med, 2010, juillet 20; 153 (2).

Mise au point: intoxication par la metformine. Mécanismes de toxicité et prise en charge. Fourrier F et coll. Réanimation 2012,19, 539-544.