



CENTRE BOIS-GIBERT



Centre Prévention Réadaptation Soins de Suite Cardiologie du Sport



RETOUR D'EXPERIENCE: DEF AUT DE CONCILIAION
Dr Orso-François LAVEZZI, Cardiologue



Journée OMEDIT Centre Val de Loire
CH Blois, 17 décembre 2015



D'OÙ JE PARLE

CENTRE BOIS-GIBERT

établissement SSR

équipe **pluri-disciplinaire**

patients atteints d'une affection cardio-vasculaire

reprise d'**autonomie**

éducation thérapeutique

entraînement physique

Mutualité Française Centre Val de Loire

J'ai un lien d'intérêt:

BOEHRINGER INGELHEIM France 04/06/2015 HOSPITALITE 43 €

PARCOURS DU PATIENT

Diagnostic principal au moment du transfert ou de l'admission
Traitement en cours à chaque admission au centre Bois-Gibert

1- Hôpital A du 10/06 au 19/06

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 19/06

DEROXAT 20 mg, 1 le matin.

PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.

LIPANTHYL 200 mg le soir.

INEXIUM 40, 1 le soir.

TERCIAN 25 mg, le soir au coucher.

BISOPROLOL 2.5 mg, 1 le matin.

XATRAL 10 mg, 1 le soir qui sera à arrêter dans 10 jours.

KARDÉGIC 75, 1 le midi.

LOVENOX 0.8 ml, 1 matin, 1 soir.

PARACETAMOL 1 G toutes les 6 heures si douleur.

**1^{ère} admission suite à
Pontage aorto-bifémoral**

2- Hôpital B : 19/06 au 23/06/2015

Transfert pour douleur abdominale aiguë

3- Hôpital A du 23/06 au 29/06

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 29/06

KARDÉGIC 75, 1 par jour.

PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.

XATRAL 10, 1 le soir.

BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.

INEXIUM 20, 1 le soir.

FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.

TERCIAN 25, 1 le soir.

LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.

Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

**Diagnostic retenu:
Hématome rétropéritonéal
de traitement médical.**

4- Hôpital B : du 29/06 au 29/06

Transfert pour syndrome infectieux

5- Hôpital A du 29/06 au 07/07

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 07/07

AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus

KARDÉGIC 75, 1 par jour.

PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.

XATRAL 10, 1 le soir.

BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.

INEXIUM 20, 1 le soir.

FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.

TERCIAN 25, 1 le soir.

LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.

Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

**Diagnostic retenu:
Pneumopathie**

6- Hôpital B : 07/07 au 12/07/2015

**Transfert pour douleur abdominale, déglobulisation
et hypovolémie. Suspicion de récurrence d'hématome
rétropéritonéal.**

7- Hôpital A : 12/07 au ...

**Diagnostic retenu:
Hématome caecal avec saignement actif
et déglobulisation.**

BILAN COMPARATIF DES TRAITEMENTS RELEVÉ DE BIOLOGIE

Patient : ... IPP : ...

Période : 06/07/15 09:28 - 07/07/15 20:00 Imprimé le 07/07/15 09:29

Médicaments	07/07/15 18:00	07/07/15 12:00	07/07/15 09:29	07/07/15 08:37	07/07/15 08:36	06/07/15 18:45	06/07/15 13:29
PO Acide acétylsalicylique (ACET... PO, 75 mg, 1x/jour (midi), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente		75 mg					75 mg Validé
Alfuzosine (ALFUZOSINE LP (... PO, 10 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente	10 mg						10 mg Validé
Alfuzosine Amoxicilline + Acide clavulan... PO, Amoxicilline 1 000 mg, = 1 sachet(s), 3x/jour (matin, midi et soir), à partir du : 02/07/15 18:00:00, Statut pharmacie en attente	1 000 mg	1 000 mg					1 000 mg Validé 1 000 mg Validé
Amoxicilline + Acide clavulanique PRN Associations de sels d'alumini... PO, 1 sachet(s), 3 g, si besoin, 3x/jour en cas de : Diarrhée, à partir du : 02/07/15 16:06:00, Statut pharmacie en attente			3 g				3 g Dernière administration le : 04/07/2015 18:00
Bisoprolol (BISOPROLOL MYL ... PO, 2,5 mg, = 1 cpr, 1x/jour (matin), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente							2,5 mg Validé
Cyamémasine (CYAMEMAZIN... PO, 25 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir 18h), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente	25 mg						25 mg Validé
Esomeprazole (ESOMEPRAZO... PO, 20 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente	20 mg						20 mg Validé
Fluindione (FLUINDIONE (PRE... PO, 20 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente	20 mg						20 mg Validé
Fénofibrate (FENOFRIBRATE (L... PO, 160 mg, = 1 cpr, 1x/jour (matin), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente							160 mg Validé
Racécadotril (RACECADOTRIL ... PO, 100 mg, = 1 gélule(s), si besoin, 3x/jour, en cas de : Diarrhée, à partir du : 02/07/15 16:06:00, Statut pharmacie en attente			100 mg				100 mg Dernière administration le : 07/07/2015 08:37
Racécadotril							* 100 mg Validé

3 divergences



(+) LOVENOX
(-) Sels d'alu...
(-) RACECADOTRIL

Incohérent
INR dans la cible
et HBPM en cours



Traitement du courrier
médical au 07/07/2015

Cohérent

Absence d'HBPM
et INR dans la cible

Traitement de sortie :
AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus.
KARDÉGIC 75, 1 par jour.
PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.
XATRAL 10, 1 le soir.
BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.
INEXIUM 20, 1 le soir.
FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.
TERCIAN 25, 1 le soir.
LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.
Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Patient : ... IPP : ...

Demande d'impression de la grille Imprimé par : ... Imprimé le 07/07/15 09:28

Résultats de Laboratoire	06/07/15 15:15	06/07/15 08:00	03/07/15 ...08:00..	02/07/15 18:00	02/07/15 ...18:00..	01/07/15 na-na
Hémostase						
INR		2,34 N				2,08 N
Interpretation INR sous AVK		Interpretati...				Interpretati...
Bactériologie Standard						

Relevé des biologies
transmis par l'IDE

Relevé d'administration
transmis par l'IDE

BILAN COMPARATIF DES COURRIERS

1^{er} RETOUR: 29/06/2015

2nd RETOUR: 07/07/2015

Découverte au scanner abdomino-pelvien, d'un volumineux hématome rétro-péritonéal de 86/78/102 mm avec saignement actif provenant d'une artère circonflexe iliaque profonde gauche.

Après discussion médico-chirurgicale, indication à un traitement médical seul avec antagonisation des AVK par 10 mg de Vitamine K, transfusion de 2 culots globulaires.

L'évolution dans le service est favorable avec un bon rendement transfusionnel sans nouvelle déglobulisation permettant une reprise des AVK avec un relais par HNF puis LOVENOX curatif.

Le scanner de contrôle du 25/06/2015 retrouve une stabilité de son hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif visible artériel ou veineux, discrète augmentation de l'épanchement intrapéritonéal par suffusion à travers les feuillets péritonéaux et épanchement pleural gauche de faible abondance.

Nous vous transférons Monsieur pour poursuite de la prise en charge.

Traitement de sortie :

KARDÉGIC 75, 1 par jour.
PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.
XATRAL 10, 1 le soir.
BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.
INEXIUM 20, 1 le soir.
FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.
TERCIAN 25, 1 le soir.
LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.
Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

Après discussion médico-chirurgicale, indication à un traitement médical seul avec antagonisation des AVK par 10 mg de Vitamine K, transfusion de 2 culots globulaires.

L'évolution dans le service est favorable avec un bon rendement transfusionnel sans nouvelle déglobulisation permettant une reprise des AVK avec un relais par HNF puis LOVENOX curatif.

Le scanner de contrôle du 25/06/2015 retrouve une stabilité de son hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif visible artériel ou veineux, discrète augmentation de l'épanchement intrapéritonéal par suffusion à travers les feuillets péritonéaux et épanchement pleural gauche de faible abondance.

Alors que Monsieur venait d'être transféré de nouveau à Bois Gibert, survenue d'une hyperthermie à 39.4° avec frissons.

Il n'y a pas de point d'appel clinique infectieux ou de signes de sepsis sévère, l'angio-scanner réalisé retrouve une diminution discrète de l'hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif artériel ou veineux ni signe de surinfection. On retrouve en revanche des foyers infectieux broncho-pulmonaires des deux bases pulmonaires favorisés par des troubles ventilatoires post-opératoires.

Les hémocultures réalisées sont négatives tout comme l'ECBU réalisé. Une antibiothérapie initiale par TAZOCILLINE et VANCOMYCINE a été débutée avec relais par AUGMENTIN dès le 3/07/2015 permettant une obtention d'une apyrexie et d'une régression du syndrome inflammatoire biologique.

A noter la survenue de diarrhées non glairo-sanglantes avec une recherche de Clostridium difficile négative d'évolution favorable sous traitement symptomatique et après remplacement de la TAZOCILLINE par de l'AUGMENTIN.

Nous vous transférons Monsieur pour poursuite de la prise en charge.

Traitement de sortie :

AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus.
KARDEGIC 75, 1 par jour.
PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.
XATRAL 10, 1 le soir.
BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.
INEXIUM 20, 1 le soir.
FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.
TERCIAN 25, 1 le soir.
LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.
Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

Insertion d'un paragraphe de suivi et d'une ligne de traitement sans actualisation par ailleurs.

ANALYSE SYSTEMIQUE ET CREX URGENT LE 23/07/2015

Ci-dessous les deux étapes concernant l'hôpital A que nous avons identifiées
=> Déclenchement d'une RMM sur l'hôpital A.

DATE HEURE	FAITS	ECARTS
07/07/2015 AM Hôpital A	Courrier de 3 ^{ème} admission, "copié collé" de la 2 ^{nde} admission, non vérifié.	Traitement faux non vérifié divergent du relevé d'administration des traitements où ne figure pas l'HBPM. ACC 1
07/07/2015 AM Hôpital A	Relevé d'administration du traitement (sans HBPM) éditée le 07/07 à 09H29. Pancarte de biologie éditée le 07/07 à 09h28 avec INR du 01/07 à 2,08 et INR du 06/07 à 2,34.	OK

QUELLES SOLUTIONS POSSIBLES?

- Le relais Héparine/AVK est à risque hémorragique, le patient recevant deux anticoagulants simultanément. Cette situation à haut risque doit durer le moins longtemps possible. Le changement d'équipe médicale prenant en charge un patient dans une telle situation accroît le risque notamment sur la durée de la double anticoagulation si les informations sont manquantes, incomplètes ou fausses.
- Quelles sont les informations importantes minimales à transmettre dans le courrier médical, sur l'ordonnance des médicaments et l'ordonnance de biologie dans le cas d'un traitement AVK? (que ce soit lors d'un transfert ou à la sortie du patient)
 - En cas de relais Héparine/AVK en cours: date d'introduction de l'AVK.
 - Dernier INR à quelle date et sous quelle dose d'AVK.
 - Dernière modification de dose d'AVK et sa date.
 - Date du prochain contrôle INR prévu.
- En cas d'informatisation de la prescription, il est souhaitable de joindre une ordonnance éditée avec le logiciel de prescription du service. Pour un traitement AVK, faire figurer dans le courrier médical les informations ci-dessus pour optimiser le relais et réduire les risques.

POINTS DE SÉCURITÉ AVK...

Partage d'informations entre professionnels et avec le patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Faire contrôler l'INR 1 fois par semaine pendant trois mois, non à jeun, dans le laboratoire
de votre choix.

INR : 2.21 le 25/06/2015 pour une cible entre 2 et 3 sous 40 mg de fluindione (2 cp de Previscan^o
20mg) stable depuis le 19/06/2015. AVK même dose et prochain INR le 29/06/2015.

Résultats à communiquer
adaptation de la posologie.



370100 539



10003743647

Clairance créatinine 0,3 ml/min

Cible INR entre 2 et 3.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

- FLUINDIONE (PREVISCAN) 20 mg, comprimé quadrisécable – 2 comprimés le soir.
- BISOPROLOL 2,5 mg, comprimé pelliculé sécable – 1 comprimé matin et soir.
- RAMIPRIL 5 mg, comprimé sécable – 1 comprimé matin et soir.

INR : 2.21 le 25/06/2015 pour une cible entre 2 et 3 sous 40 mg de fluindione (2 cp de Previscan^o
20mg) stable depuis le 19/06/2015. AVK même dose et prochain INR le 29/06/2015.

Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse de transfert?

- **Dépister ses propres erreurs...** et donc se protéger de soi-même et de ses outils.
- **Aider l'équipe** qui va accueillir le patient transféré à **ne pas faire d'erreur** à son tour.
- Montrer que l'on a **conscience des risques permanents liés aux transitions du parcours de soins et la nécessité de les gérer.**
- Un document de liaison de type **relevé d'administration des traitements, associé à l'ordonnance de traitement, obtenu avec le même outil informatique** utilisé dans le service prenant en charge le patient, est probablement la solution la plus sûre surtout lorsqu'on ne pratique pas la conciliation. Dans ce cas-là, il est préférable de s'abstenir de retranscrire le traitement dans le courrier en demandant de se référer à l'ordonnance et au relevé d'administration joints.
En revanche le courrier devrait mentionner le dernier INR, sa date, si la dose d'AVK a été modifiée et la date du prochain INR.
- Tenter de se mettre à la place de l'équipe qui va recevoir le patient en se posant les questions: « Quelles sont les informations que j'aimerais bien avoir? Quelles sont les données évidentes pour moi qui risquent de ne pas l'être pour l'équipe recevant le patient? ».

Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse d'entrée?

- **Ne pas oublier un médicament essentiel** dans un parcours de soins, la pathologie actuelle n'effaçant pas les pathologies antérieures, et ainsi **organiser la continuité médicamenteuse**.
- **Dépister les erreurs** liées aux transitions du parcours de soins.
- **Faire le lien avec un traitement pris et la pathologie actuelle: pharmacovigilance.**
- **Avoir une réflexion sur le bénéfice/risque de chaque médicament** à l'occasion de prescriptions supplémentaires. On peut faire un choix délibéré et concerté de simplification de traitement.
- **Impliquer tous les professionnels dans cette démarche** pour une sécurisation efficace et pragmatique en établissement de soins:
 - **Retirer les traitements personnels** pour éviter l'automédication pendant le séjour, mais aussi en faire l'inventaire et ouvrir la discussion avec le patient sur ce sujet (infirmière).
 - **Récupérer les ordonnances dispensées** pour relever les spécialités que le patient a en sa possession et en discuter avec lui (infirmière et médecin).
 - **Établir la prescription d'entrée** en possession de toutes ces informations en indiquant bien les divergences intentionnelles, que les choix soient provisoires ou définitifs (médecin).
 - **Permettre au pharmacien d'émettre un avis** en comparant la prescription d'entrée et les traitements antérieurs (conciliation et analyse).

Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse de sortie?

- **Le patient a besoin de savoir** la place des traitements antérieurs compte tenu de la prescription de sortie.
- Information de pharmacovigilance **si un traitement est dorénavant contre-indiqué ou déconseillé.**
- **Préciser les habitudes d'automédication inadaptée** par rapport aux traitements ou aux pathologies.
- **Reprendre un traitement habituel du patient** dont on a donné un équivalent pendant le séjour (contrainte du livret thérapeutique).
- **Cet échange est indispensable et doit être compris du patient tout simplement pour qu'il puisse être observant,** d'autant que les traitements sont modifiés.
- Si le patient ne comprend pas ou s'il pense qu'il s'agit d'un oubli, **il risque de mélanger des traitements antérieurs avec la prescription de sortie** ou ira voir son médecin traitant pour refaire une ordonnance s'il n'a pas confiance.
- Si la **conciliation de sortie écrite** en fin d'ordonnance se veut pragmatique pour le patient et le pharmacien, **le courrier de sortie doit motiver les choix faits,** le médecin traitant ayant besoin d'avoir un message clair sur les modifications effectuées pendant le séjour et leurs raisons.