



UN BRANCHEMENT QUI NE MANQUE PAS D'AIR

CONTACT
erage@requa.fr

Le cas présenté est un cas fictif, élaboré à partir de prises en charge de patients dans différents établissements :



INCIDENT

M. X, 85 ans, réside en EHPAD. Atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), il bénéficie d'une oxygénothérapie au long cours.

Suite à une dégradation de son état général dans un contexte d'infection urinaire trainante, M. X est hospitalisé en médecine au Centre Hospitalier voisin.

En raison de la libération tardive de la chambre attribuée à M.X dans le service de médecine, celui-ci est installé seulement en toute fin de matinée par l'infirmier et l'aide-soignant. Ce dernier est arrivé en milieu de matinée dans le service pour prêter main forte en cette période de fort absentéisme lié au COVID-19. Les ambulanciers sont repartis avec le matériel d'oxygénothérapie portatif. La lettre médicale d'adressage et le courrier de liaison infirmier ne précisent pas le débit d'oxygène, l'infirmier demande donc au médecin par téléphone sa prescription, et ce dernier annonce qu'il va passer dans le service. L'infirmier prépare les lunettes à oxygène, les installe à M. X et vérifie que les manomètres d'oxygène et d'air sont bien placés sur les sorties de gaz médicaux, comme c'est l'usage dans l'établissement.

Après avoir consulté le dossier et rencontré le patient, le médecin prescrit une oxygénothérapie à 2 l/ minute. A 13h55, les transmissions devant commencer bientôt, l'infirmier demande à l'aide-soignant de brancher les lunettes et de régler le débit à 2 l/min, pendant qu'il distribue à M. X les médicaments de midi, qui ne lui ont pas encore été donnés. Un saturomètre est ensuite mis en place, qui affiche une saturation en oxygène à 86%.

A la fin des transmissions vers 14h20, l'infirmière qui vient de prendre son poste va voir M. X avec les instructions de surveillance donnés par son collègue. Elle s'aperçoit que M. X a une saturation à 81%. Elle téléphone au médecin, qui lui demande d'augmenter le débit à 3l/min et de vérifier la saturation dans une quinzaine de minutes. L'infirmière augmente le débit à 3 l/min.

Vers 14h40, l'infirmière revient auprès de M. X et voit que la saturation a encore baissé à 75%. Elle remplace le saturomètre, mais la saturation reste identique. M. X dit ne pas se sentir bien et se plaint d'avoir du mal à respirer. L'infirmière rappelle le médecin qui arrive quelques minutes après. En voulant augmenter le débit d'oxygène, il se rend compte que les lunettes sont branchées sur l'arrivée d'air. Après branchement sur l'arrivée d'oxygène, la saturation de M. X remonte rapidement à 92% dans les minutes suivantes.

M. X se remet progressivement, mais reste très marqué psychologiquement par cet évènement et exprime une certaine défiance envers l'équipe du service. Un accompagnement psychologique est proposé au patient à moyen terme.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE:

Désaturation en oxygène pouvant engager le pronostic vital

CAUSE IMMÉDIATE

Erreur lors d'un acte :
branchement des lunettes à oxygène sur l'arrivée d'air médical

CONTEXTE

Fréquemment utilisée en établissement l'oxygène est considérée comme un médicament et son utilisation est soumise à prescription médicale.

L'oxygénothérapie de longue durée est prescrite chez les patients insuffisants respiratoires chroniques souffrants de BPCO.



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉS LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liés à l'information du patient :

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

Manomètres à air et oxygène laissés en place, par habitude, dans toutes les chambres du service
Absence de protocole pour la mise en place d'une oxygénothérapie et la surveillance du patient

Défaillances humaines individuelles :

Stress des soignants, provoqué par une arrivée tardive du patient, peu avant le changement d'équipe
Méconnaissance du service par l'aide-soignant, venu en remplacement, entraînant une perte des repères habituels

Défaillances liées à l'équipe :

Glissement de tâches avec branchement de l'oxygène confié par l'infirmier à l'aide-soignant
Absence de vérification par l'IDE que le branchement avait été correctement réalisé par AS

Défaillances liées à l'environnement de travail :

Sorties des gaz médicaux (prises murales) anciennes, non identifiées selon les normes actuelles
Identification des manomètres peu lisible (étiquettes petit format, abimées)
Absence de maintenance régulière des manomètres

Défaillances liées à l'organisation et au management :

Mauvaise préparation de la sortie du patient précédent, entraînant un retard d'installation du nouveau patient
Absentéisme de courte durée fréquent

Défaillances liées au contexte institutionnel :

Défaut de relations avec les autres établissements : absence d'information sur le débit d'oxygénothérapie du patient dans le courrier d'adressage et les transmissions (Dossier de Liaison d'Urgence)



BARRIÈRES EXISTANTES

- Existence de détrompeurs physiques sur les sorties de gaz médicaux
- Appels multiples au médecin par les infirmiers pour donner l'alerte
- Culture du signalement bien intégrée

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET REGLEMENTAIRES

- ANSM. Risques et précautions d'emploi liés à l'utilisation des gaz à usage médical. Mise au point ; juillet 2012.
- Dangoisse MJ, Lalot M, Lechat JP. Connection error in the delivery of medical gases to a surgical unit. Acta Anaesthesiol Belg. 2010;61:33-7.
- Norme NF EN ISO 9170-1 ; Juin 2020.
- R 4311-7 CSP 32 %: mission d'une IDE « Installation et surveillance et des personnes placées sous oxygénothérapie... ».



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

Amélioration de l'organisation :

- ✓ Retirer systématiquement tous les manomètres branchés sur les prises de gaz médicaux (ou au minima ceux branchés sur l'air médical) dans les chambres des patients
- ✓ Elaborer une check-list « assistance ventilatoire » à intégrer dans le dossier patient informatisé de l'établissement (permettant de pointer le matériel spécifique nécessaire ainsi que la vérification de l'état de fonctionnement de ce matériel par le personnel habilité)
- ✓ Elaborer une fiche de surveillance du patient en « assistance ventilatoire », avec identification des points à vérifier et conduite à tenir en cas de problème
- ✓ Identifier les sorties murales de gaz médicaux et des manomètres par un étiquetage respectant les normes en vigueur
- ✓ Stocker en des lieux différents les manomètres à oxygène et air médical
- ✓ Maintenance annuelle des sorties murales de gaz médicaux et des manomètres par le service biomédical

Amélioration de la communication :

- ✓ Avant le transfert, demander la désignation d'un référent infirmier et médical de l'établissement adresseur pour tout patient transféré.
- ✓ Organiser le recueil du récit du patient suite à cet événement

Amélioration de la formation :

- ✓ Sensibiliser les personnels y compris les nouveaux arrivants et les intérimaires sur les règles d'usage des gaz médicaux et sur l'utilisation de la check-list « assistance ventilatoire »