



Avril 2016



ERAGE
ERAGE

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

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

Contention et confusion ne font pas toujours bon ménage

INCIDENT

M. X, 74 ans, patient diabétique, est admis en chirurgie vasculaire le 22 avril pour une chirurgie carotidienne prévue le lendemain matin. Il présente par ailleurs une neuropathie périphérique et quelques troubles cognitifs probablement dus à une démence vasculaire débutante.

Dans la nuit suivant l'intervention qui s'est déroulée sans problème, M. X souffre d'un épisode confusionnel aigu. Il est retrouvé par l'infirmière le 24 avril au soir, déambulant dans sa chambre, après avoir arraché ses perfusions. Le patient est alors réinstallé, et une contention ventrale est mise en place avec l'accord du chirurgien, joint par téléphone. Un anxiolytique lui est administré en IV suite à son refus de prendre l'anxiolytique prescrit per os. M. X reste agité et confus toute la nuit. L'anesthésiste de garde n'est pas prévenu. Le 25 au matin, le patient est vu par l'anesthésiste, qui régularise la prescription de contention, introduit des neuroleptiques à titre « transitoire ».

Dans les jours suivants, le chirurgien voit régulièrement le patient, sans modifier les prescriptions (anxiolytique et neuroleptique) ni tracer l'évolution dans le dossier patient. On ne retrouve pas de réévaluation médicale de la prescription de contention. Les notes infirmières font état d'une légère amélioration des signes de confusion. La contention est conservée tout au long du séjour : ceinture abdominale, avec mise en place de barrières et lit abaissé ; des mouffles ou des attache-poignets sont parfois ajoutées selon l'état du patient. Une surveillance régulière est réalisée par les infirmiers, sans être toujours tracée.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 mai, lors d'une tournée à 2h du matin, l'infirmier trouve M. X réveillé et souillé, car il a enlevé son étui pénien. L'infirmier le change et le réinstalle, toujours avec la contention par ceinture abdominale et les barrières de lit. A 4h, lors du nouveau passage de l'infirmier, M. X est retrouvé décédé dans son lit, la ceinture abdominale au niveau de la poitrine. Les jambes du patient sont en dehors du lit, vers le bas de ce dernier à l'endroit où il n'y a pas de barrière.

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

- Etouffement du à une compression diaphragmatique par un dispositif de contention, ayant entraîné le décès.



Cause immédiate

Non adaptation du matériel de contention

DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES

Défaillances liées à l'équipe :

- Travail en équipe peu développé
- Défaut de communication interne orale :
 - o peu d'échanges entre chirurgiens et anesthésistes,
 - o répartition des rôles médicaux mal définie en postopératoire immédiat,
 - o peu d'échanges entre médecins et soignants.
- Défaut de communication interne écrite :
 - o absence de réévaluation de la prescription de la contention,
 - o absence de notes médicales par les chirurgiens au cours du séjour.

Défaillances liées au protocole ou procédure :

- Absence de protocole de prévention et de prise en charge des confusions postopératoires chez les patients à risque
- Absence d'avis spécialisé devant la confusion postopératoire prolongée (gériatre, neurologue...)
- Carences de la procédure de contention :
 - o manque de précision sur le matériel à utiliser en fonction des situations,
 - o nécessité de réévaluation médicale toutes les 24h peu connue

Défaillances individuelles :

- Absence de formation aux différents matériels de contention et à leur utilisation (apprentissage « sur le tas »)

Défaillances liées à l'environnement :

- Matériel de contention disponible peu adéquat (ceinture abdominale sans maintien pelvien, taille unique)

Défaillances liées au contexte institutionnel :

- Défaut de culture sécurité et gestion des risques au sein du service
- Absence de signalement de l'évènement indésirable

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Mener une réflexion sur les modalités de contention à utiliser en fonction des circonstances, avec modification de la procédure de contention et adaptation du matériel disponible en conséquence
- Développer des formations à l'utilisation du matériel de contention, en lien avec les fournisseurs de matériel
- Mettre en place un protocole de prévention et de prise en charge des confusions postopératoires au niveau de l'établissement
- Définir précisément les rôles des différents intervenants médicaux dans la prise en charge, notamment en postopératoire immédiat
- Rappeler aux médecins du service la nécessité de traçabilité, de notes d'évaluation médicales régulières
- Rappeler à l'ensemble des professionnels du service l'importance de signaler les évènements indésirables
- Développer le travail en équipe au sein du service, en améliorant les temps et la qualité des échanges entre professionnels

Références

- Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique, AFSSAPS, 28 février 2011
- ANAES - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée - 2000

