



Friture sur la ligne

CONTACT
erage@requa.fr

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

INCIDENT

M. Romarin, 67 ans, a bénéficié d'une valvuloplastie mitrale. Après cette intervention, il est transféré en soins de suite pour une réadaptation cardiaque le 20 octobre.

Le 3 novembre, M. Romarin présente une fièvre (38,3°C), sans autre signe clinique. L'examen clinique est sans particularité, et la tension artérielle normale (11/7). Un test PCR Covid est réalisé (négatif), et un ECBU et des examens sanguins sont prescrits. Le lendemain, les résultats du bilan sanguin montrent un syndrome inflammatoire isolé. M. Romarin dit au médecin avoir déjà eu un épisode pseudo-grippal il y a quelques semaines, traité efficacement par Rovamycine (il est allergique à la pénicilline). L'examen clinique reste sans particularité, mais devant la persistance de la fièvre (38°C) et le syndrome inflammatoire, le médecin prescrit un traitement par Rovamycine.

Le week-end des 5 et 6 novembre, M. Romarin se plaint d'être très fatigué. Le dimanche 6 novembre en fin d'après-midi, il se plaint aussi de nausées. Sa température est à 38,1°C. L'infirmière (IDE) oublie de noter ces points dans les transmissions.

Le lundi 7 novembre au matin, M. Romarin se dit fatigué et présente des sueurs. Sa tension artérielle est diminuée (8/6). En fin de matinée, l'IDE reçoit les résultats du bilan prélevé le matin, qui montrent une aggravation du syndrome inflammatoire, et une forte dégradation de la fonction rénale. De plus en plus soucieuse, elle téléphone au médecin, qui est en consultation. Elle dit ne pas comprendre ce qui se passe, que M. Romarin est très anxieux, et que les résultats de la prise de sang ne sont pas bons (n'étant pas devant l'ordinateur, elle n'est pas plus précise). Le médecin dit qu'il passera dans l'après-midi.

Quand le médecin voit M. Romarin vers 16h, celui-ci est nauséux. Sa tension reste basse (8/6). L'ECBU étant légèrement positif (10^3 UFC) à Enterococcus faecalis, résistant à la Rovamycine, le médecin prescrit de la Teicoplanine par voie intra-veineuse. L'IDE essaye de poser une voie veineuse périphérique, mais échoue. Elle appelle en renfort des collègues, et une voie veineuse est finalement posée après de multiples tentatives. La perfusion de Teicoplanine est posée vers 17h30, mais 15 minutes plus tard, l'IDE constate que la voie n'a pas tenu. Elle informe le médecin et lui dit ne plus savoir quoi faire. Le médecin prescrit une administration par intramusculaire, et appelle le médecin d'astreinte pour le prévenir de la situation, car il doit partir.

L'IDE prépare l'injectable, mais quand elle revient auprès de M. Romarin, vers 18h, elle constate une dyspnée importante. L'IDE appelle le médecin d'astreinte, qui arrive rapidement. En découvrant M. Romarin en sueurs, avec polypnée et vasoconstriction périphérique, il évoque un état de choc et appelle directement le Centre 15. La TA est à 8/4. L'état cutané ne permet pas la pose d'une voie veineuse pour le remplissage. L'oxygénothérapie est augmentée à 15 l/min. Le SMUR arrive à 18h20. Après une nouvelle tentative infructueuse de pose d'une voie veineuse, l'intubation est réalisée. M. Romarin est en arrêt cardio-vasculaire. Malgré une réanimation par l'équipe du SMUR durant une trentaine de minutes, il décède à 18h50. Après la relève, les membres de l'équipe quittent leur poste sans avoir pu en discuter ensemble.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE :

Arrêt cardio-vasculaire
secondaire à un état de
choc vraisemblablement
d'origine septique

CAUSE IMMÉDIATE

Retard au diagnostic et à
la prise en charge d'un
état de choc

CONTEXTE

Les problèmes de
communication entre
professionnels sont
retrouvés comme facteur
contributif dans près de
75% des évènements
indésirables.

Des outils simples existent
pour sécuriser la
communication.



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liées à l'information du patient : /

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Réévaluation incomplète de l'efficacité de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure
- Absence de protocole d'une surveillance renforcée des différents paramètres vitaux en cas de dégradation de l'état général

Défaillances humaines individuelles :

- Méconnaissance par le médecin prescripteur du protocole d'antibiothérapie existant au sein de l'établissement

Défaillances liées à l'équipe :

- Absence de traçabilité dans le dossier des signes présentés par le patient durant le week-end
- Transmission d'informations incomplète lors de l'appel téléphonique de l'infirmière au médecin
- Absence de perception par le médecin de l'inquiétude de l'équipe paramédicale au vu de l'évolution de l'état du patient

Défaillances liées à l'environnement de travail : /

Défaillances liées à l'organisation et au management : /

Défaillances liées au contexte institutionnel :

- Absence de réunion de defusing dans les suites immédiates après la survenue de l'EIG (cf. actions)



BARRIÈRES EXISTANTES

- Soutien entre professionnels devant la difficulté de pose d'une voie veineuse
- Intervention rapide du médecin d'astreinte
- Professionnels régulièrement formés aux gestes d'urgence



ACTIONS CORRECTIVES POSSIBLES

Amélioration de l'organisation :

- ✓ Elaborer un protocole de surveillance des principaux signes cliniques (pouls, TA, fréquence respiratoire, sueurs, douleur, température, vigilance, saturation en O₂, diurèse, glycémie...) à mettre en place lors de la dégradation de l'état général d'un patient, pouvant être prescrit médicalement, ou décidé par l'IDE sur son rôle propre (signes et rythme adaptables)
- ✓ Après la survenue d'un évènement indésirable, réaliser rapidement un defusing entre les membres de l'équipe et l'encadrement (temps de parole et d'échanges, conduite commune pour l'information du patient ou de son entourage, rappel sur la possibilité d'un soutien psychologique des professionnels...)

Amélioration de la communication :

- ✓ Sensibiliser les prescripteurs à l'existence et au respect du protocole d'antibiothérapie
- ✓ Evaluer les pratiques de transmissions ciblées
- ✓ Mettre en place l'outil SAED, permettant de structurer la communication entre professionnels de santé, notamment lors d'une demande d'avis téléphonique en urgence
- ✓ Mettre en place au sein du service un système de communication standardisé (connu et reconnu de tous) permettant d'avoir une notion partagée du danger devant une situation engageant la sécurité des patients

Exemple du S-M-S, avec 3 niveaux d'alerte croissants en fonction du danger ressenti :

- Niveau 1 : « je suis en **Souci** »
- Niveau 2 : « je suis **Mal** à l'aise »
- Niveau 3 : « ceci est un enjeu de **Sécurité** »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Cros J. Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité. Arnette ; 2018.
- Haute Autorité de Santé. SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé ; 2014 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)
- Haute Autorité de Santé. Briefing et débriefing. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles ; 2016 (site web : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908).