

# Analyse Approfondie de Cas 16 :

## Décès en postopératoire immédiat d'un patient en surveillance continue



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des  
Événements Indésirables - Aquitaine



Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : M.C.O
- Nature des soins : Thérapeutiques

### RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

#### ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Le service de surveillance continue n'est pas un gage de sécurité si ce service n'est pas équipé d'appareils de surveillance bénéficiant d'une maintenance adéquate.
- La mutualisation du personnel est un risque à priori qui doit être évalué.
- Les supports d'information, de prescription et d'administration des médicaments, multiples, sont sources d'erreurs.
- La iatrogénie médicamenteuse est sous estimée chez les patients en insuffisance rénale modérée. Une clairance de la créatinine inférieure à  $80 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$  définit l'insuffisance rénale et inférieure à  $30 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$ , l'insuffisance rénale sévère. Une surveillance clinique accrue du patient et la recherche d'une aggravation de la fonction rénale par le traitement sont à préconiser.
- Le soutien entre pairs est primordial surtout lors de changements organisationnels.
- Le respect des compétences et des ratios de personnel dans des services à risques est essentiel.

Patient de 68 ans, pris en charge pour altération de l'état général (AEG) avec hyperthermie. Un scanner montre une masse volumineuse dans la fosse iliaque gauche associée à un syndrome tumoral du foie. L'indication chirurgicale est posée mais un traitement médical anti-infectieux est instauré en première intention. Très rapidement un état de choc septique impose une intervention chirurgicale en urgence avec réalisation d'une colostomie selon Hartmann. En SSPI, le patient présente une oligoanurie qui impose son transfert en service de surveillance continue. Le premier jour postopératoire est d'évolution favorable sur le plan chirurgical, mais l'oligoanurie persiste chez ce patient en insuffisance rénale modérée. Devant une persistance de la douleur un traitement antalgique puissant est instauré. Le patient est obnubilé

par une envie d'uriner malgré la sonde vésicale. Les posologies d'antalgiques sont augmentées.

Le soir, l'équipe du service de surveillance continue va être accaparée par un patient présentant un malaise et par un autre patient admis dans le service des urgences, contigu, avec mutualisation des équipes la nuit.

Lorsque l'infirmière entre dans la chambre du patient elle le découvre en arrêt cardiorespiratoire, tous les dispositifs médicaux arrachés et disséminés dans la chambre et les toilettes, le patient gisant sur le lit, décédé.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### **Gravité :**

Patient placé en service de SC pour une surveillance accrue et qui présente une « confusion » non détectée.

Impact important au niveau émotionnel et psychologique pour la famille.

Évolution : Décès du patient pour raison indéterminée car non réalisation d'autopsie.

#### **Organisation en place :**

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.





# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Le 05 avril :** prise en charge aux urgences d'un patient de 68 ans, à la demande de son médecin traitant pour altération de son état général avec hyperthermie et frissons depuis 3/ 4 jours. Réalisation d'un scanner abdominal. Hospitalisation en service de médecine. La biologie montre un syndrome inflammatoire majeur : Mise en place d'une antibiothérapie après hémocultures ; céfotaxime (1g/6 h), metronidazole (500mg/8 h), ciprofloxacin (200mg/12 h), gentamicine. Prescription de Lovenox® (0.4mg/24 h) + hydratation (2l/24 h). Le patient n'est pas algique. Le scanner objective une masse volumineuse dans la fosse iliaque gauche associée à un syndrome tumoral du foie. Il est vu en consultation par le chirurgien afin de programmer l'intervention. En accord avec le patient et son épouse l'intervention chirurgicale est prévue dans les 2 à 3 jours suivants, compte tenu du contexte clinique et de la réalisation d'une préparation colique.

**Le 06 avril :** le patient présente un état de choc avec apparition de frissons, marbrures, tachycardie et une désaturation. La décision est prise, en accord avec l'épouse du patient de réaliser l'intervention en urgence. Le patient est pris en charge par une équipe Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) et Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) . Réalisation d'une intervention de Hartmann. Pendant l'intervention, il est constaté une instabilité hémodynamique et oligoanurie.

En SSPI, reprise d'une diurèse non hématurique après administration de furosémide 40 mg ponctuellement.

Le Traitement antalgique comprend:

paracétamol 4g / 24 h, néfopam 120mg / 24 h, kétamine 50mg + dropéridol 1,25mg / 24 h, PCA morphine 1mg par bolus avec une période réfractaire de 7 mn

Compte tenu du contexte clinique, de l'oligoanurie, le patient est transféré en unité de soins continus

Evolution favorable malgré la persistance d'une oligoanurie.

**Le 07avril :** le matin, les résultats des hémocultures montrant un germe Gram négatif sensible à l'antibiothérapie en place, celle-ci est donc poursuivie.

**À 14 heures :** le patient est algique : Douleur gastrique persistante et abdominale. Mise en place d'une PCA par l'équipe douleur. Au cours de la journée, le patient insiste pour se lever et aller aux toilettes. Le médecin anesthésiste explique au patient et à son épouse que ce dernier est sondé et qu'il est inutile qu'il aille aux toilettes.

Appel de l'anesthésiste pour réévaluation du protocole de ré hydratation.

**À 19 heures :** le traitement du patient est modifié : néfopam 120mg, kétamine 110mg (réajustement de posologies de kétamine sans traçabilité), dropéridol 1,25 mg / 24h, PCA de morphine.

**À 20h :** les transmissions portent sur « LE » problème du jour : la diurèse insuffisante.

**À 20h15 :** le patient est vu au moment des transmissions pour évaluation de la diurèse. Il est présenté comme évoluant favorablement, stable, calme et apaisé.

**À 20h 40 :** un autre patient présente un malaise avec perte de connaissance. Intervention de toute l'équipe de surveillance continue pour une ventilation non invasive, soit 3 personnes : 1 médecin, 1 IDE, 1 AS/Ambulancier. (il est à noter que la famille est présente dans la chambre de cette personne pendant les soins).

Dans le même temps : au niveau du service des urgences, prise en charge d'un patient en état de choc et d'un autre nécessitant une ponction lombaire par le médecin en charge de l'USC et des urgences. Le personnel des 2 unités de soins est mutualisé.

**A la reprise du tour, à 21h50 :** le patient est trouvé gisant sur le dos en travers de son lit. Il s'est, semble-t-il, levé pour aller aux toilettes (traces sur sol) et arraché : la sonde nasogastrique, la sonde vésicale, la poche de stomie, la poche de recueil de la lame, la perfusion et la voie veineuse centrale, le brassard et les fils du scope. Le décès est constaté.

Il est à noter que les alarmes étaient déconnectées (habitude du service).

Le médecin urgentiste informe le chirurgien de garde, qui lui-même informe le chirurgien responsable du patient du décès.

La famille est prévenue et informée du décès.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

### Causes immédiates :

Rupture de surveillance du patient et appréciation (faussement) rassurante de l'état clinique du patient.

Hypothèse de iatrogénie médicamenteuse : choc septique entraînant une insuffisance rénale aiguë, cumul de psychotropes dans ce contexte, impact indéterminé de la gentamycine sur l'insuffisance rénale et de la kétamine sur l'épisode de confusion aiguë.

## Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

### Patient :

Antécédents de dépression, avec altération de l'état général, choc septique et colostomie en urgence, insuffisance rénale modérée. ++

### Professionnels / facteurs individuels :

Equipe jeune en cours de formation, défaut de connaissances techniques du paramétrage des alarmes et non respect de bonnes pratiques de gestion des alarmes. +++

Sous-estimation des facteurs de risques du patient. +++

#### Transgression des pratiques :+++

- alarmes coupées sciemment

- mutualisation la nuit des équipes des urgences et du service de soins continus (SC).

Défaut de communication écrite: transmissions des consignes de surveillance et des prescriptions par téléphone du MAR .++

Collaboration insuffisante entre les MAR et les médecins de l'unité de soins continus pour la prise en charge des patients en période postopératoire. +++

Sous-estimation de la iatrogénie des antalgiques en post opératoire chez un patient fragilisé. +++

### Équipe :

Mutualisation la nuit, des équipes des urgences et du service de soins continus (SC), déséquilibre de la répartition des tâches du personnel paramédical et médical. +++

Défaut de communication écrite: transmissions des consignes de surveillance et des prescriptions par téléphone du MAR .++

Collaboration insuffisante entre les MAR et les médecins de l'unité de soins continus pour la prise en charge des patients en période postopératoire. +++

### Tâches :

Absence de protocole qui définit clairement les activités entre les deux services. +++ (Certaines compétences peuvent être communes entre SC et Urgences (gestes d'urgence de base) mais pas superposables. Tâches très différentes en matière de suivi du patient. Demande de spécialisation des professionnels en charge de la surveillance continue).

Défaut de traçabilité des administrations médicamenteuses (ex : 1 seule traçabilité sur fiche suivi PCA à 13h) ; plusieurs supports de prescription et d'administration (malgré cela impossibilité de savoir ce qui a été prescrit, ce qui a été administré) +++

Absence de procédure palliant la défaillance des scopes et/ou les difficultés de surveillance des alarmes quand l'équipe est occupée avec une urgence et/ou aux urgences. +++

**Environnement :** Transgression de pratiques au niveau de la gestion des alarmes puisque désactivées sur le plan sonore.

L'annulation automatique de la suspension d'alarme a elle aussi été désactivée volontairement . +++

Les chambres sont de véritables chambres et non pas des box (pas de hublot au niveau des portes, murs pleins, aucune visualisation de ce qui se passe dans la chambre). +++

Service de soins continus relocalisé récemment (moins de 4 mois).

Les conditions de travail difficiles (bruit, interruption des tâches, etc..) +++

**Organisation :** Planification des responsabilités et des fonctions non définie. +++

Mauvaise combinaison des compétences requises et absence de personnel spécifique expérimenté (IDE nouvelle dans le service et jeune diplômée, seule de nuit) en raison de la mutualisation du personnel entre le service d'accueil et d'urgences et le SC, et « jeunesse » de l'organisation insuffisamment définie.

Communication entre médecins spécialistes et médecins du SC non définie. ++

Changement récent de l'organisation du SC nouvellement sous la responsabilité des médecins du SC. ++

Effectif inapproprié quantitativement (8 patients présents pour 1 IDE et 1 AS (recommandation du ratio 1 IDE pour 6 patients)). +++

Rôle et place du cadre de santé insuffisamment définis dans l'organisation des soins.+

### Institution :

Gestion des risques a priori non réalisée.

Inadéquation de la stratégie institutionnelle pour la gestion des moyens matériels et humains pour le service de SC ++

Ressources techniques insuffisantes, absence d'un service biomédical dans l'établissement. ++

## **Facteurs d'atténuation : non activés : Défaillances dans la chaîne « détection, identification, récupération »**

DETECTION: alarmes coupées, pas de remise automatique des alarmes (sécurité), pas de contrôle visuel des patients

(cloisons pleines), pas de report d'alarme (dans les chambres ou sur tel portable)

IDENTIFICATION: Personnel occupé dans une autre chambre (prise en charge d'une urgence), pas de visualisation centrale des scopes et pas de suppléance

RECUPERATION: impossible à déterminer en l'absence de caractérisation de l'EIG lui-même, mais pré suppose : détection et identification -Chariot d'urgence accessible fonctionnel et procédure d'appel de renforts opérationnelle.



## **Enseignement : Actions / Barrières**

**Spécifique:** La surveillance continue de tous les patients ne peut s'effectuer qu'aux conditions suivantes : locaux et matériels adaptés, personnel en nombre suffisant et formé, communication et coordination entre les différents intervenants.

### **Commun :**

Assurer la formation et l'encadrement des IDE aux soins continus et à la prise en charge des patients en postopératoires.

Développer une culture de service et un management spécifique à la surveillance continue.

Optimiser et former le personnel à l'utilisation des équipements de surveillance des patients.

Augmenter les surfaces vitrées entre les chambres.

Mettre en place une visite commune et un staff commun des différents intervenants impliqués dans la prise en charge des patients en SC.

Réorganiser la mutualisation et rééquilibrer selon la réglementation, des personnels en SC.

Amélioration des supports de prescription et d'administration des thérapeutiques.

Evaluer en RMM les dossiers des patients en postopératoires en vue d'améliorer le rapport bénéfices-risques de l'analgésie multimodale avec l'ensemble des intervenants.

Développer le rôle et les fonctions du service biomédical

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



PRAGE/CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN

33604 PESSAC Cedex

05 57 62 31 16

prage@ccecqa.asso.fr

**Général :** Réflexion sur l'organisation des services de soins continus dans établissements hors CHU et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques anti-infectieuses et antalgiques dans ces structures.

## **Références et Bibliographie**

- Cahier des charges pour la reconnaissance des unités de surveillance continue, ARH Midi Pyrénées
- Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue.
- Référentiel régional Prise en charge initiale des cancers colorectaux réseau de cancérologie aquitaine.
- Décret n°2002-465 du 05/04/2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, soins intensifs et de surveillance continue...
- Recommandation de bonne pratique : Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation HAS.
- Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire : SFAR janvier 2010.
- Analgésie en postopératoire en situation particulière : l'insuffisant rénal : congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007 ; évaluation et traitement de la douleur, p 677-683. [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou07/html/d07\\_04/dou07\\_04.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou07/html/d07_04/dou07_04.htm)

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>