



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS :

Le patient est déterminé !
Il connaît bien les dispositifs médicaux utilisés, leur usage et ... leur mésusage ...

Il se replie et s'isole sous le prétexte de la barrière linguistique que le personnel tente pourtant de rompre.

L'absence de transmission des informations est omniprésente :

L'EHPAD connaît bien le patient, sait sa connaissance de la langue, ... Pour autant, le patient est admis sans fiche de liaison ou courrier...

Les professionnels médicaux et paramédicaux n'échangent que très peu : pas de staff, pas de visites communes, dossiers distincts, sur des supports distincts (papier et informatique) rangés dans des lieux distincts...

Les informations (et les doutes) ne peuvent jamais être partagés...

Analyse Approfondie de Cas 33 :

Suicide par embolie gazeuse volontaire à partir d'une voie veineuse périphérique.

Date de parution : septembre 2014

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 78 ans, allemand, vivant en EHPAD depuis environ 10 ans, est hospitalisé en urgence pour insuffisance respiratoire aigue. Le patient est porteur de nombreuses comorbidités, dont une Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, un emphysème pulmonaire, une hypertension artérielle pulmonaire en stade terminal ainsi qu'une insuffisance cardiaque. Le patient ne semble pas communiquer en français. Après une aggravation progressive de sa dyspnée, le 4^{ème} jour de son hospitalisation, il connecte le tuyau d'air de son dispositif d'aérosolthérapie sur sa voie

veineuse périphérique au niveau du robinet à 3 voies. Le patient est découvert en état d'agitation et de cyanose sévère par l'équipe paramédicale. Malgré les manœuvres de réanimation, le patient décède.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès.

Organisation en place :

Les événements indésirables graves et considérés comme tels (hémovigilance, radiothérapie, chutes) intègrent une évaluation de la gravité. Une analyse est réalisée. Elle associe les professionnels con-

cernés et des actions correctives sont mises en œuvre pour les événements indésirables graves, mais les délais ne sont pas toujours considérés comme satisfaisants par la direction qualité.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Mopral® = omeprazol ; Previscan® = fluindione ; Tildiem® = diltiazem ; Sérétide® = fluticasone, salmétérol ; Spiriva® = tiotropium bromure ; Lyrica® = pregabalin ; Topalgic® = tramadol ; Rocéphine® = ceftriaxone ; Rovamycine® = spiramycine.

Le mercredi 26 septembre : un patient de 78 ans, vivant en EHPAD, de nationalité allemande, est adressé aux urgences de l'hôpital pour dyspnée majeure évoluant depuis 48 heures, malgré une oxygénothérapie continue. Les antécédents du patient sont lourds : emphysème pulmonaire chronique avec emphysème pulmonaire et HTAP (ancien tabagique à 100 paquets/année sevré), pneumopathie gauche, gastrectomie pour ulcère perforé, reflux gastro-œsophagien, hernie inguinale, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, artérite des membres inférieurs, douleurs post zostériennes intenses depuis août 2012 de l'hémiface droite. Son traitement à l'arrivée comprend : oxygénothérapie en continu à 3l/mn, Mopral® 20, Previscan®, Tildiem®, Sérétide®, Spiriva®, Lyrica®, Topalgic®. Depuis 48 heures, le patient ne s'alimente plus, car cela majore sa dyspnée.

Lors de sa prise en charge aux urgences, il présente une décompensation aiguë de sa pathologie pulmonaire chronique sans décompensation cardiaque mais avec une altération du tracé ECG. Il est noté un état bucco-dentaire très altéré et une déshydratation de type extracellulaire. Un traitement parentéral est instauré.

Les examens biologiques réalisés confirment l'examen clinique sans altération des autres fonctions métaboliques. La radiographie thoracique montre un thorax distendu et un doute sur un syndrome interstitiel bilatéral. Des hémocultures, ECBU et un ECBC sont prescrits. Les infirmières accueillent le patient en service de médecine interne mais l'hospitalisation a été effectuée **sans fiche de liaison infirmière de l'EHPAD**. Il est noté par les IDE que le patient ne parle pas français. Les IDE identifient la nécessité d'aide pour le patient dans les gestes de la vie courante. L'impossibilité de communication verbale réduit les soins à des soins techniques, malgré les tentatives de communication avec un dictionnaire français-allemand utilisé par les soignants paramédicaux, mais refusées par le patient qui s'agace dès que les soignants paramédicaux tentent de le questionner. Les IDE surveillent régulièrement les paramètres vitaux du patient, et effectuent les différents examens prescrits. Le patient reste dyspnéique. Des aérosols sont prescrits et effectués par un nébuliseur de type DP 100 qui reste dans la chambre du patient en permanence.

Le 27/09 : Le médecin 1 examine le patient en présence d'un traducteur. Le patient décrit la gêne de la dyspnée depuis plusieurs jours avec des douleurs thoraciques. Le médecin 1 note une amélioration du tracé de l'ECG et demande un avis spécialisé de cardiologie ; aucune surveillance particulière n'est recommandée. Les IDE notent un épisode de dyspnée aiguë malgré l'aérosolthérapie. Le médecin 1 constate la persistance de la polypnée mais note une amélioration par le traitement aérosol. Dans la soirée, le patient est changé de chambre et installé dans une chambre particulière. La porte de la chambre reste ouverte en permanence, pour faciliter la surveillance. Au vu des résultats des hémocultures, le traitement antibiotique est modifié. Il consiste alors en Rocéphine® et Rovamycine®. De la kinésithérapie respiratoire et des aérosols de β_2 mimétique et d'inotropium sont prescrits.

Les 28 et 29/09 : les fluctuations de l'état respiratoire du patient sont notés par les IDE et le médecin 2 prescrit un TDM thoracique. Le patient ne dort pas de la nuit et est fortement gêné pour les gestes de la vie quotidienne.

Le dimanche 30/09 : Le patient déclare son extrême malaise par rapport à la dyspnée et la sensation d'encombrement. Des informations sont données au patient sur l'antibiothérapie et la kinésithérapie en cours et sur la demande de TDM. Un réanimateur, sollicité pour un avis de conduite à tenir, recommande l'augmentation du nombre d'aérosols et suggère de modifier les thérapeutiques utilisées pour les aérosols. L'IDE 1 réalise les soins d'aérosolthérapie et les divers prélèvements prescrits (gaz du sang, bilan sanguin). L'IDE note l'agacement du patient qui fait comprendre que tout cela ne sert à rien...Le patient ne se levant plus, les soins de nursing sont effectués au lit. Le patient est installé semi-assis, la porte restant ouverte pour faciliter la surveillance. Dans la matinée, l'IDE 1 doit poser une nouvelle voie veineuse au pli du coude gauche du patient, celui-ci ayant manipulé la voie veineuse en tournant le robinet à 3 voies et ayant provoqué un retour sanguin, et donc compromis la perméabilité de la voie veineuse.

A 12 h : L'IDE 1 exécute la prescription de Solumédrol® en intra veineux lent, rince le système de perfusion puis adapte une valve anti reflux sur le connecteur en Y, permettant ainsi de conserver l'accès veineux sans perfusion continue et obture le système avec un bouchon stérile. L'ASH 1 sert le plateau repas du patient. Le patient est sous oxygénothérapie à 2 l/mn avec des lunettes nasales.

Vers 13h20 : L'ASH 1 débarrasse les plateaux repas des chambres, et entend un sifflement inhabituel. Elle recherche l'origine du bruit et identifie le nébuliseur du patient, comme étant la source du sifflement. Elle arrête le nébuliseur puisque le patient ne porte pas le masque pour effectuer un aérosol. Elle retourne aider sa collègue pour finir la tâche de retrait des plateaux repas. Le sifflement reprend quelques instants plus tard. L'ASH 1 arrive dans la chambre du patient et arrête de nouveau le nébuliseur remis en marche par le patient. Elle constate alors que celui-ci est agité et sort prévenir immédiatement l'IDE1.

L'IDE 1 constate en arrivant dans la chambre du patient que celui-ci est en travers du lit, cyanosé, et qu'il suffoque...elle pense que le patient a peut-être fait une fausse route. Elle fait appeler le médecin 2 qui est sur place. L'IDE 2 arrive avec le chariot d'urgence. Le médecin 2 constate un pouls faible et demande que le débit d'oxygène soit augmenté.

L'IDE 1 voulant raccorder le ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) à la prise murale d'oxygène pour obtenir une FIO₂ à 100%, examine les différents dispositifs médicaux et les raccordements effectués. Elle identifie alors, que la valve anti reflux et le bouchon stérile ont été déconnectés, le connecteur en Y étant utilisé pour adapter le tuyau d'air du nébuliseur. Le médecin 2, fait appel au réanimateur de garde. Le massage cardiaque externe et la ventilation par BAVU sont initiés par le médecin et les IDE.

Lorsque le réanimateur de garde arrive, il constate que le patient est en arrêt cardiorespiratoire, qu'il présente une cyanose en pèlerine, un emphysème sous cutané concernnant tout l'hémicorps gauche et une dilatation du réseau veineux périphérique. Le tracé de l'ECG indique une dissociation électromécanique. Malgré une réanimation de 20 minutes le patient décède.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

- Embolie gazeuse volontaire par branchement du patient du tuyau d'air du nébuliseur d'aérosolthérapie sur sa voie veineuse périphérique.
- Passage à l'acte suicidaire sans prodromes détectés par l'équipe soignante.

Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Patient :

Antécédents médicaux lourds et complexes. +

Phase terminale d'insuffisance respiratoire et cardiaque, avec dégradation rapide de son état physique. +

Patient isolé, tant au niveau social que psychologique sans relais pour obtenir des informations, notamment en raison de l'expression en langue étrangère. ++

Comportement méfiant du patient et rejet des traducteurs.

Rétention volontaire d'informations sur sa capacité à communiquer en français ; après le décès, l'équipe apprendra que le patient comprenait le français. ++

Professionnels / facteurs individuels :

Pauvreté des qualités relationnelles avec le patient, induite par l'insuffisance de la communication verbale liée à la barrière linguistique et par l'agacement et le repli du malade lors des tentatives d'utilisation de supports écrits tel que le dictionnaire. ++

Équipe :

Collaboration insuffisante, voire inopérante, et absence d'échanges entre professionnels médicaux et paramédicaux, générant des incertitudes dans les informations recueillies par les différents acteurs de soins, voire des pertes d'informations ou des avis cruciaux pour assurer la continuité des soins en toute sécurité. +++

Absence de temps de concertation et de coordination dans l'équipe soignante.

Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe soignante.

Manque de communication orale et écrite dans l'équipe avec défaillance des échanges d'informations pertinentes pour ce patient

Acceptation résignée de cette absence de collaboration entre pairs et entre professionnels différents.

Tâches :

Difficulté d'accès à l'ensemble des informations médicales par l'équipe paramédicale, due à la séparation du dossier de soin du patient et l'absence de temps de concertation ou de réunion d'équipe, avec partage des données, des avis soignants, résultats ou demande d'examen, des informations expliquées au patient et/ou entourage, etc.

Environnement :

Dossier médical distinct du dossier de soin infirmier, stocké dans une pièce distincte, dans un chariot spécifique, ne facilitant pas la consultation des informations par les IDE et/ou de l'équipe paramédicale. +

Informatisation d'une partie du dossier patient, avec accès restreint en fonction des catégories professionnelles, ne permettant pas l'accès aux informations de l'hospitalisation ou d'hospitalisations antérieures. +

Absence de « détrompeur » entre les tuyaux d'oxygénothérapie et/ou aérosolthérapie et la voie veineuse périphérique avec connecteur, permettant le raccordement entre les différents dispositifs médicaux. +++

Organisation :

Défaillance dans la continuité des soins en raison de la multiplicité des intervenants et de l'insuffisance de partage des informations sensibles et de leur traçabilité.

La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque n'est pas assurée de façon systématique.

Défaut de structuration des supports d'enregistrement : coexistence dossier mixte papier et informatique avec de plus multiplicité des supports concernant les données de soins du patient, documents manuscrits de lisibilité difficile. ++

Défaut de coordination dans le service, du fait de l'absence de staff multidisciplinaire.

Institution :

Fiche liaison absente entre l'EHPAD et le service de soins et absence de recherche des informations auprès de l'EHPAD durant l'hospitalisation. Perte des informations sur le profil comportemental du patient et ses habitudes de vie (dont la compréhension du français). +++

+++

Manque de coordination dans le service ; pas de visites conjointes IDE-médecin et absence de staff pluridisciplinaire.

Procédure institutionnelle « post-événementielle » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'événements criminels, non réalisée.

Facteurs d'atténuation :

Pas de facteur d'atténuation identifié.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Organiser des staffs multidisciplinaires réguliers avec définition, suivi et enregistrement des projets de soins et des informations médicales.

Organiser les visites conjointes médecin/infirmière ou médecin/cadre de santé.

Commun :

Elaborer une fiche de liaison plus complète ou spécifique et à jour de la part des établissements ou structures de soins lors des hospitalisation ou ébergements, lors des admissions des patients ou résidents dans un nouveau lieu de soins.

Planifier des échanges réguliers entre les structures ou établissements concernant les éléments essentiels pour les 2 structures ou établissements.

Participer à l'élaboration des procédures institutionnelles (concernant l'appel en cas d'urgence et les gestes à effectuer ou à ne pas faire lors de la découverte d'un décès suspect ou violent), en collaboration avec les services judiciaires.

Général :

Organiser un dossier patient unique pour regrouper les informations nécessaire à la continuité des soins et élaborer ensemble les pièces constituantes du dossier.

Déclarer auprès de l'ANSM ce type d' EIG ne peut qu'être utile pour recenser ce type de mésusage possible de Dispositif Médical et permettre d'enclencher une réflexion sur la fabrication et/ou l'utilisation de détrompeur sur les voies veineuses.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement inévitable.



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

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : tentative de suicide par embolie gazeuse volontaire à partir d'une voie veineuse périphérique : à propos d'un cas. Thèse n° 1046 A – année 2006 – Université de Poitiers.
- Matériels pour la prévention des infections associées aux cathéters vasculaires – CCLIN Sud Ouest – mars 2011.
- Les systèmes clos ou valves bi-directionnelles- Réseau Interrégional des Professionnels en Hygiène Hospitalière. Avril 2012.
- Gestion des risques autour de la perfusion par gravité ou à débit contrôlé : point de vue de la matériovigilance. A. Quiévy-Macchionni, V. Cahoreau, A. Venet, C. Ribas, J. Bertrand-Barat. JARCA 2012.
- Sécurisation et optimisation de la perfusion – Atelier perfusion – Journées Europharmat Lyon – Octobre 2011.
- De multiples fiches produit consommables oxygénothérapie ou voie veineuse périphérique ont été consultées.
- Des archives de journaux tel que le Parisien, le Monde, le soir (Suisse) font état de décès dans des conditions similaires (tuyau du masque à oxygène branché sur la ligne de perfusion) en date du 08/01/2007, 30/07/1990.
- La prévention du suicide. adsp n°45 décembre 2003

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