



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Primum non nocere...

Cet adage éthique doit s'appliquer sans hésitation à la réalisation de gestes techniques, aussi « basiques » peuvent-ils paraître. Les facteurs humains à l'œuvre, avec des biais de confiance excessive (et une illusion de clairvoyance) ou de « destinationite » (terminer coûte que coûte) sont intéressants à saisir pour comprendre pourquoi un praticien s'obstine dans l'exécution de la tâche qu'il s'est assignée alors qu'il ne la maîtrise techniquement. Pour autant, les règles fondamentales de la déontologie sont ignorées : ici, un spécialiste peut être contacté et le patient peut être transféré pour une prise en charge adaptée et sécurisée. Plus que jamais, le conflit de valeurs qui peut présider à l'animation de l'analyse approfondie des causes de cet EIGS ne peut trouver sa réponse qu'en appliquant les principes de la « culture juste ».

https://www.requa.fr/files/Dr_C._CHABLOZ_-Cultture_equite.pdf

Analyse Approfondie de Cas N° 88

Choc septique sur plaie du rectum iatrogène

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un homme de 87 ans, vivant en maison de retraite, est hospitalisé aux urgences du centre hospitalier local. Il présente un surdosage en AVK et une hématurie macroscopique consécutive à l'arrachement de sa sonde urinaire. Il est traité pour une maladie de Parkinson, porteur d'un pacemaker et d'une valve mécanique cardiaque. Il est également connu pour des chutes à répétition dans le cadre d'une démence sénile vasculaire. Le bilan sanguin montre une anémie et une insuffisance rénale chronique. Trois concentrés globulaires sont prescrits ainsi qu'une injection de vitamine K1. Différentes sondes urinaires sont posées successivement, mais des caillots importants rendent les irrigations vésicales impossibles. Un urologue de l'établissement voisin est contacté et conseille la pose d'une sonde urinaire de plus grande taille, ce qui va permettre les irrigations, en attendant le transfert du patient le lendemain. Le patient est agité. Une contention physique est mise en place. En début de soirée, il présente une hématurie importante : plusieurs décaillotages sont réalisés. Le patient est très algique. Vers minuit, la sonde vésicale est bouchée ; le patient est en globe vésical. Les lavages sont stoppés. L'urologue est recontacté et préconise la

pose d'un cathéter sus-pubien. Plusieurs tentatives sont nécessaires à sa mise en place. À 01 h, le cathéter sus-pubien est non fonctionnel. Il est retiré. Des caillots de sang s'écoulent de l'orifice cutané. L'infirmière sollicite l'avis d'un deuxième urgentiste qui n'intervient pas. Un deuxième cathéter sus pubien est posé. Une demi-heure plus tard, il n'y a toujours pas d'urines dans la poche de recueil. Le patient est très algique. Le médecin prescrit de la morphine sous-cutanée. Le patient est placé sous monitoring et sous oxygène. À 03 h, le patient toujours agité arrache sa sonde vésicale qui avait été laissée en place. Il présente une hypoglycémie importante corrigée par l'injection de glucosé 30%. Dans la matinée, il n'y a toujours pas d'urine dans la poche de recueil. Une sonde vésicale double courant est reposée ce qui permet de réaliser un décaillotage. Le liquide de lavage fuit au niveau de l'orifice du cathéter sus pubien. Le patient gémit, il lui est administré du diazépam. En fin de matinée, le chirurgien viscéral sollicité prescrit un scanner abdominal qui révèle que le cathéter sus pubien est positionné dans le rectum. L'état général du patient très dégradé ne permet pas d'envisager une intervention chirurgicale. Une prise en charge palliative est mise en œuvre.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Lundi 6 février : un homme âgé de 87 ans est hospitalisé aux urgences d'un centre hospitalier (CH) restructuré récemment en groupement hospitalier de territoire (GHT) sur plusieurs sites. Le patient présente une hématurie macroscopique liée à l'arrachement de sa sonde urinaire à demeure et à un surdosage en fluindione (Préviscan®). Il réside dans un EHPAD. La sonde urinaire a été posée dans le cadre d'une démence sénile. Dans ses antécédents, il existe un hémopneumothorax droit datant de 16 mois, une hypertension artérielle (HTA), une maladie de Parkinson suivie et traitée, un remplacement valvulaire aortique, des chutes fréquentes. Le patient est porteur d'un pacemaker depuis 30 ans. Il est sous traitement bêtabloquant, antiparkinsonien, antihypotenseur, hypolipidémiant.

À 13h 47 : le patient est examiné par un médecin ①. Il est cachectique et présente un hématome important au niveau du flanc et du thorax. Le bilan sanguin révèle une anémie avec un taux d'hémoglobine à 7,6 g/dL, un INR à 8,6, un taux de prothrombine inférieur à 10 %, une créatinémie à 176 µmol/L, un GFR (glomerular filtration rate formula, contrôle de débit de filtration glomérulaire) à 30 mL/min/1,73m² et une CRP à 30 mg/L témoignant d'une insuffisance rénale chronique majeure. Le médecin ① prescrit entre autres pour le soir 3 concentrés globulaires ainsi qu'une injection de phytoménadione (Vitamine K1) 5mg en intraveineux. Le fluindione est stoppé. Un bilan complet est demandé.

À 19h40 : 3 sondes urinaires en double courant de différentes charrières sont posées (n° 18 à 22) successivement. La présence de caillots importants, obstruant les sondes, rend les irrigations vésicales et les décaillotages impossibles. Le médecin ① contacte par téléphone un médecin urologue exerçant sur le site voisin de 30 kilomètres. Ce médecin demande la pose d'une sonde double courant de charrière 24. Les irrigations vésicales sont mises en œuvre après la mise en place d'une sonde de charrière 22 disponible sur l'établissement.

À 20h30 : le patient doit être transféré en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), mais au regard de son état de santé, il reste dans le box des urgences. Le patient est agité : la mise en place d'une contention physique est nécessaire. Le médecin prévoit son transfert en urologie sur le site voisin dès le lendemain. Le patient est laissé à jeun.

À 21h30 : il présente une hématurie importante nécessitant des décaillotages fréquents. Entre 20h30 et 00h30, 10 litres de liquide d'irrigation vésicale sont instillés, il n'est récupéré que 3650 ml (les pertes ne sont pas quantifiées). Le patient est réchauffé. 1 g de paracétamol et 80 mg de phloroglucinol (Spasfon®) sont administrés.

Le 7 février à 00h45 : la sonde vésicale est bouchée. Le patient est en globe vésical. Les lavages sont stoppés. Le médecin ① recontacte l'urologue qui préconise la pose d'un cathéter sus-pubien. L'infirmière est occupée auprès d'autres patients, la charge de travail est importante. L'aide-soignante aide le médecin ① pour la pose du Cystocath®.

À 01h00 : le Cystocath® n'est pas fonctionnel. Lors de son retrait, des caillots de sang et un « agglomérat » non identifié s'écoulent. L'infirmière sollicite l'avis du deuxième urgentiste présent, mais ce dernier ne souhaite pas intervenir dans un secteur où il n'est pas affecté. Le médecin ① pose un nouveau Cystocath®.

À 01h30 : il n'y a toujours pas d'urines dans la poche de recueil. Le patient a une température à 34,5°C. car il est resté découvert dans son lit mouillé durant toute la pose du cathéter. Il est très algique.

De 2h05 à 02h45 : le patient est toujours agité. Tour à tour, l'infirmière puis le médecin ① administrent plusieurs doses de 2, 3 ou 5 mg de morphine ; l'infirmière note que le patient a reçu un total de 20 mg de morphine. Le patient est mis sous monitoring cardiaque et sous oxygène. Il reçoit 2 mg de midazolam (Hypnovel®).

Nota bene PRAGE : la traçabilité des administrations de morphine est aléatoire et exprimée en « UI ».

À 03h00 : le patient retire sa sonde vésicale. **À 05h55** : il présente une hypoglycémie importante : 2 ampoules de glucosé à 30 % sont injectées. **À 06h05** : le 2ème concentré globulaire est posé. Les constantes sont : TA à 103/76 mm Hg, T° à 35°C, SpO₂ à 100 % sous 9 L/min. d'oxygène, fréquence respiratoire à 22 mouvements par minutes, glycémie capillaire à 0,42 g/L.

À 11h44 : il n'y a toujours pas d'urine recueillie. Une sonde vésicale double courant est reposée. Un décaillotage est réalisé. Le liquide de lavage fuit au niveau de l'orifice du cathéter. Le patient gémit, un médecin urgentiste ② prescrit 10 mg de diazépam (Valium®).

À 13h15 : un chirurgien viscéral est sollicité et demande la réalisation d'un scanner abdominal. Le médecin urgentiste ② prescrit une titration de morphine. **À 13h30** : les résultats du scanner révèlent que le Cystocath® n'est pas en place et qu'il est positionné dans le rectum. Le patient est alors en détresse vitale. Aucune intervention chirurgicale n'est envisageable. Il est transféré directement en chirurgie pour une prise en charge palliative. Le chirurgien prescrit 30 mg de morphine sur 24 h. Il rencontre la famille pour les informer de la situation.

Dans l'après midi : le patient est toujours très algique et reçoit de la morphine et du diazépam (Valium®).

À 23h : le patient ne gémit plus. La tension artérielle est imprenable, la FC à 58 BPM, la SpO₂ oscille entre 75 et 89 % sous 10 L/min. d'oxygène au masque. Le patient présente des marbrures aux extrémités.

Le 8 février à 05h30 : le patient décède, soit moins de 48h après son arrivée aux urgences.

Nota Bene PRAGE : il a été difficile de reconstituer une chronologie précise car les écrits sont absents, incomplets



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Plaie transfixiante de la vessie avec plaie du rectum lors de la pose du Cystocath®.
Retard à l'identification des complications iatrogènes induites (péritonite stercorale et choc septique).
Retard à la prise en charge adaptée des complications.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient : Complexité de l'état clinique +:

- Grand âge, insuffisance rénale, comorbidités cardio vasculaires, traitement à risques (AVK),
- Capacités cognitives altérées, maladie de Parkinson,
- Anémie à 7,6 g/dL d'hémoglobine, hématurie macroscopique d'origine mécanique,
- Troubles de la coagulation (INR 8,6), insuffisance rénale majeure.

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut de connaissances théoriques (raisonnement diagnostique, stratégie thérapeutique, pertinence des indications) lors de la prise en charge du patient aux urgences.+++

Sous-estimation de la gravité de l'état clinique et des facteurs de risques hémorragiques (INR élevé) à la pose du cathéter sus pubien.+++

Défaut de connaissances techniques et non-respect des bonnes pratiques relatives à la pose d'un cathéter sus pubien (vérification échographique du globe vésical). Faible propension à rechercher de l'aide. +++

Défaut de prescription de plusieurs médicaments (prescriptions absentes pour des médicaments administrés).+++

Défaut de traçabilité de l'administration des médicaments.+++

Charge de travail importante aux urgences (totalité des box occupés, nombreuses entrées). +

Équipe :

Défaut dans la communication écrite liée à la mauvaise structuration du dossier patient et à la mauvaise utilisation des documents composant le dossier.+++

Alerte non appuyée et non réitérée, par les soignants paramédicaux, de la dégradation de l'état clinique du patient par crainte d'admonestation médicale. +++

Absence de cohésion d'équipe. Faible collaboration entre pairs. Absence de concertation pluri professionnelle. +++

Tâches :

Soins ne relevant pas *stricto sensu* du champ d'action du service sur la durée (patient relevant d'une prise en charge urologique) avec absence de définition des parcours des patients relevant de soins spécialisés en urgence.++

Défaut de traçabilité des informations cruciales (surveillance clinique, des constantes, de l'administration médicamenteuse, des observations, bilan entrées-sorties,...).+++

Difficultés d'accès à l'ensemble des données car coexistence d'un dossier patient informatique et papier.++

Affectation de l'aide-soignante à des tâches ne relevant pas de sa compétence, glissement de tâches ++

Environnement : Défaut de structuration du dossier patient :

- Absence de document réglementaire relatif à la prescription médicale et aux examens complémentaires,+++

- Défaut d'utilisation des différents documents : administration de traitements prescrits oralement, erreur dans la traçabilité des cibles, dossier papier peu renseigné, erreurs de dates, informations divergentes selon les supports.+++

Organisation :

Défaut d'accompagnement et/ou de supervision des professionnels médicaux intérimaires ou nouvellement arrivés.

Défaut d'évaluation des compétences.++

Absence de conduite à tenir pour le personnel paramédical face à une situation de mise en danger d'un patient. +++

Méconnaissance des transmissions ciblées par absence d'aide à leur rédaction.++

Absence de supervision par l'encadrement infirmier des transmissions écrites et orales au sein du service.++

Recours réguliers au personnel médical intérimaire (lié à l'évolution de la démographie médicale).++

Institution :

Politique du dossier patient non définie.++

Difficulté dans la gestion des effectifs, stratégie de gestion des ressources humaines plus réactive que proactive. +++

Culture sécurité insuffisante (culture du signalement des EIAS peu développée, pas de temps additionnels autorisés pour la réalisation de CREX ou de RMM). Défaut de politique de prise en charge des professionnels lors d'EIG.+++

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

- Elaborer une politique du dossier patient détaillant la structure, les supports, les règles d'utilisation commune, l'évaluation de ce dossier patient.
- Organiser l'évolution du dossier informatisé du CH vers l'outil adopté au sein de l'ensemble du GHT (Crossway®), avec l'élaboration d'un rétro planning de déploiement et des modalités d'accompagnement des utilisateurs du nouvel outil informatique.
- Définir une politique de gestion documentaire.
- Rendre opérationnel l'interface entre l'outil informatisé des urgences et celui de l'établissement pour la prescription médicamenteuse ou généraliser d'emblée la prescription sur l'outil utilisé dans l'ensemble de l'établissement.

Commun :

- Garantir le respect de la réglementation et des bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments : un seul support par patient par séjour ; toutes les prescriptions devant être écrites et toutes les administrations tracées en temps réel.
- Poursuivre la formation et l'accompagnement des professionnels aux transmissions ciblées.
- Poursuivre les évaluations régulières de la qualité de la tenue du dossier (audits, quick audits ciblés, etc.).
- Redéfinir les différents supports nécessaires aux situations rencontrées (urgences, réanimation, gériatrie, etc.) afin de garantir une traçabilité exhaustive des informations ; pour les patients nécessitant une surveillance rapprochée utiliser des feuilles quotidiennes de surveillance.



PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.fr

Général :

- Définir la politique d'accueil et d'accompagnement des nouveaux professionnels médicaux ou des intérimaires, précisant : les modalités de vérification des diplômes et des compétences, les modalités de supervision, la présentation de l'établissement, des circuits et des parcours de soins des patients au sein de l'établissement et du GHT, la politique de gestion des risques et le programme de lutte contre les infections associées aux soins.
- Asseoir la culture qualité et sécurité de l'établissement, notamment par la mise en place de CREX et de RMM dans l'ensemble des services (en priorisant les services à risques).
- Mener une réflexion avec la direction de l'établissement, la CME, le responsable Qualité et Gestion des Risques, l'encadrement paramédical ainsi que les soignants sur les modalités d'accompagnement du personnel médical et paramédical lors de la survenue d'un EIG. Une procédure intitulée « soutien psychologique des équipes des urgences et des SMUR suite à une situation exceptionnelle traumatisante » existe et peut être un point d'entrée dans cette réflexion globale.

Références et Bibliographie

- Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge et la prévention des infections urinaires associées aux soins de l'adulte [http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2015-RPC-infections urinaires associees aux soins.pdf](http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2015-RPC-infections_urinaires_associees_aux_soins.pdf)
- Harrison S C.W., Lawrence W T., Morley R, Pearce I, Taylor J. British Association of Urological
- Surgeons' suprapubic catheter practice guidelines. BJU international 2010, 107: 77.
- Cathéter sus-pubien PDF CHU Saint Louis www.chu-stlouis.fr/uro/6-fsi_KT
- Articles R 1112-2 du CSP, modifié par le Décret 2016-995 du 20 juillet 2016-art.2. relatif à la composition du dossier patient.

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