



Analyse de scénario

Chirurgie

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une patiente de 50 ans est hospitalisée pour le traitement chirurgical d'une lombosciatalgie droite. Elle présente des antécédents de tabagisme, de varices, d'extractions dentaires de péritonite appendiculaire, et de fibroscopie gastrique pour hématomèse le mois précédent. Elle n'a pas bénéficié d'une infiltration locale à visée antalgique préalable. Après réalisation d'une consultation anesthésique, d'un bilan cardiologique, elle est opérée sous anesthésie générale dans des conditions satisfaisantes, en fin d'après-midi comme le prévoit la planification de l'acte, et l'intervention se déroule sans incident particulier. Les deux jours suivants se passent sans anomalie avec reprise de la marche sous couvert d'une ceinture de soutien lombaire et adaptation du traitement antalgique. Le drain de Redon est enlevé et le pansement refait à J2. La patiente étant fatiguée, il lui est proposé un maintien en hospitalisation.

La nuit suivante, vers 3h30, elle présente une hyperthermie à 39,2° et du paracétamol est administré après prélèvement sanguin pour hémoculture. Il n'y a pas de traçabilité d'appel de l'anesthésiste d'astreinte ni au chirurgien dans le dossier patient. À J3, la patiente reste hyperthermique avec des pics entre 38 et 39,5°, la fréquence cardiaque est élevée au-dessus de 125 BPM et la tension artérielle est mesurée à 77/39 mm Hg. À 19h40, la patiente est hyperthermique à 38,6°, dyspnéique avec une tachypnée superficielle nécessitant une oxygénothérapie et la tension artérielle est mesurée à 80 mm Hg de systolique. Le chirurgien examine la patiente et constate l'absence de point d'appel au niveau de la cicatrice opératoire. Un ECBU est réalisé et une échographie abdominale et une radiographie pulmonaire sont prescrites pour le lendemain matin. A 20h, après demande d'avis médical auprès du MAR, le chirurgien prescrit de la gentamicine en administration unique et immédiate ainsi que 500 ml de Restorvol®.

Durant la nuit suivante, les paramètres ne s'améliorent pas, avec persistance de l'hyperthermie, de la tachycardie, de l'hypotension artérielle et de l'hypoxémie malgré l'administration d'oxygène. Les transmissions de l'infirmière de nuit signalent l'administration d'un Restorvol® avant appel du médecin anesthésiste. Ce dernier, contacté à 00h30, prescrit par téléphone 2g de ceftriaxone, 500 ml de Restorvol® et 500 mg de métronidazole. La patiente présente un épisode de diarrhée profuse à 3h30.

À 6 h, à J4, le MAR est rappelé devant la persistance de l'altération clinique de la patiente avec apparition d'un érythème diffus. Il transfère la patiente en SSPI devant l'absence de place en USC. Un Restorvol® supplémentaire est administré, sur prescription orale.

A 9 h, les mesures de réanimation sont instaurées. L'ECBU révèle une infection urinaire. L'antibiothérapie est modifiée. Malgré l'adjonction de noradrénaline, l'état clinique de la patiente s'aggrave avec une défaillance multi viscérale et des résultats biologiques qui indiquent l'amplification du choc septique.

Description des conséquences.

Le SAMU est contacté pour transfert entre 15h et 15h30. La patiente est prise en charge par le SAMU, sédaturée, intubée, ventilée, sous Noradrénaline. Elle arrive en réanimation à 16h et y décède à J6

Analyse

Causes immédiates :

Défaut de surveillance postopératoire.

Sous-évaluation de la gravité l'état clinique de la patiente.

Absence d'alertes sur l'état clinique de la patiente.

Conditions latentes :

Professionnels / facteurs individuels :

Sous-estimation de la gravité de l'état clinique de la patiente (hémodynamique et thermique) par les IDE

Charge en soins relativement importante

Insuffisance des qualités relationnelles des équipes nouvellement constituées (méconnaissance des MAR par les IDE depuis la mise en place d'une nouvelle organisation des soins)

Équipe :

Défaut de communication orale dans l'équipe, IDE vers les médecins ET IDE entre elles : l'IDE de matin présume que celle de nuit (J2 – J3) a prévenu un médecin du changement de l'état clinique, Défaut de communications écrites (J3) dans les transmissions IDE,

Alertes non faites sur l'état hémodynamique et thermique de la patiente par les IDE vers le corps médical

Absence de temps de concertation formalisé entre les équipes paramédicales et médicale.

Difficultés d'expression des équipes paramédicales vers les équipes médicales ceci dans un contexte de réorganisation des activités depuis l'emménagement dans les nouveaux locaux et les réorganisations des équipes soignantes.

Absence de traçabilité d'observations médicales lors des visites lors des 2 premières journées

Tâches :

Défaut de traçabilité des IDE (cibles non écrites – paramètres vitaux non tracés au bon emplacement),

Défaut de traçabilité des prescriptions médicales orales téléphoniques non régularisées et de l'administration (puisque les prescriptions ne sont pas écrites),

Insuffisance d'aide à la décision (par procédures ? Protocoles ? ou formation du personnel ? mémento ?) lors d'un changement clinique en service de chirurgie.

Environnement :

Nouveaux locaux générant une nouvelle organisation des soins et des fonctionnements pour le travail en équipe

Logiciel informatique ne permettant pas une visualisation instantanée et significative de l'ensemble des paramètres vitaux.



Organisation :

Organisation générale du suivi des patients en post opératoire en service de chirurgie insuffisamment définie

Changement récent d'organisation interne et des prises en charge

Défaut d'adaptation à une situation imprévue.

Institution :

Restructuration interne des ressources humaines insuffisamment accompagnée

Enseignements tirés.

Actions proposées par l'équipe

Définir de façon précise et mettre en place les règles de surveillance postopératoire obligatoires en service de chirurgie et/ou ambulatoire et/ou SSPI.

Mettre en place une procédure de type « code rouge » ou scoring pour des situations spécifiques à déterminer en groupe de travail et en fonction des unités de soins.

Améliorer la tenue du dossier avec sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la traçabilité des données pour la sécurité de la continuité des soins.

Développer les transmissions orales entre IDE lors des relais entre équipe en ciblant les problématiques prioritaires devant faire l'objet de cibles écrites et orales.

Définir le lieu de traçabilité unique pour les paramètres vitaux.

Mettre en place des temps d'échanges entre médecins et IDE pour les revues des dossiers des patients complexes ou à risques. (Débriefing)

Organiser un temps de rencontre entre les équipes paramédicales et médicales d'anesthésie pour définir les attentes et besoins des professionnels de santé pour sécuriser la prise en charge des patients en postopératoire.

Le modèle du travail de type CRM Santé promu par l'HAS peut être un modèle (travail sur ce que j'attends du MAR et ce que je pense que le MAR attend des IDE et vice versa).

Elaborer et s'approprier les outils de communication comme SAED lors des appels des IDE vers les médecins.

Mettre en place des formations courtes (une demi-heure) par les médecins de la clinique sur des thématiques à définir en groupe de travail (état des lieux et utilisation des cas concertés de RMM ou CREX par exemple pouvant aider à la mise en place d'une culture sécurité au sein de l'établissement).

Re définir les procédures de suivi des patients en post opératoire en service de chirurgie, chirurgie ambulatoire et SSPI.

Références - Recommandations – législation ou littérature

Antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique et traumatologique – SFAR 2010 et Orthorisq

Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves – Conférence d'experts SFAR 2004

Prise en charge hémodynamique du sepsis sévère – Conférence d'experts SFAR 2005

Utilisation des catécholamines au cours du choc septique - Conférence d'experts SFAR 1996

