



Sommaire :

- Le tutorat
- Extravasation sur une chambre implantable suite à la désunion du cathéter
- Décès par purpura fulminans
- Surdosage en insuline



La séniorisation et le tutorat.

L'accompagnement, le compagnonnage...le tutorat et la séniorisation.

Le tutorat peut être défini comme un dispositif d'accompagnement assuré par un pair, respectueux de l'éthique (bienveillance, respect de l'autonomie et de la singularité). Il s'adapte au parcours professionnel, au secteur d'activité, et à l'expérience du néophyte

Les activités de tutorat ou d'expertise d'un sénior correspondent à la reconnaissance de l'expérience dans leur exercice professionnel que les soignants de plus de 5 à 10 ans d'ancienneté peuvent offrir aux novices. Elles ont l'avantage de rassurer le soignant débutant, en répondant aux besoins d'information, de développement de leur compétences, en favorisant une ambiance et des conditions de travail propices à des soins de qualité et de sécurité. De plus, le compagnonnage « technique » permet de traiter les différentes difficultés très précises en terme de soins techniques mais aussi relationnels.

Le tutorat doit devenir un processus actif d'échange bénéficiant autant à l'ancien qu'au plus jeune.

En effet le soignant encours de formation ou commençant sa carrière peut faire profiter son collègue plus âgé, de ses connaissances théoriques plus récentes.

Le tutorat est une relation formative entre un « enseignant », le tuteur, le sénior et un apprenant, une

personne en apprentissage ou en cours de formation. Le tuteur n'a pas forcément toutes les connaissances que doit maîtriser l'apprenant au terme de sa formation mais se doit de guider l'apprentissage.

De même, le tuteur ne travaille pas continuellement avec l'apprenant, ce qui lui permet une supervision, et donc une évaluation distanciée, réalisée lors d'échanges sur des situations de soins significatives de la pratique soignante.

Or dans les cursus de formation soignantes, la notion de tutorat, même si elle existe ou est déclarée comme une pratique réalisée, **est souvent confondue avec la délégation**.

Pour certaine profession, l'évolution des textes régissant le cursus de formation, tente d'instaurer et de cadrer le tutorat (par exemple le nouveau programme des études en IFSI, suppose que l'étudiant bénéficie d'un maître de stage, d'un tuteur de stage...).

Concernant les étudiants en médecine, le code de la Santé Publique (articles R6153-2 ET R6153-3) précise que l'interne est un praticien en formation spécialisée qui n'exerce ses fonctions que « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ».

En outre, dans le cadre des gardes ou des urgences, dans le cadre d'une délégation accordée conformément aux

principes énoncés par le Conseil d'État du 05 mai 1995 (n°133237), l'interne peut prendre en charge les patients sans contrôle direct du médecin sénior, mais il agit sous la responsabilité de ce dernier.

En pratique, le novice doit absolument solliciter un médecin de plein exercice, au moindre doute rencontré, et le sénior doit être en permanence joignable.

D'un point de vue organisationnel, l'établissement doit veiller à ce que les effectifs de la structure des urgences permettent à tout interne de solliciter un médecin de plein exercice en cas de besoin. Il doit également s'assurer que les règles de la délégation entre médecin et interne ne sont outrepassées ni par l'un ni par l'autre.

Le tuteur va donc transmettre les savoirs et les valeurs du terrain et aider à la construction de l'identité professionnelle. Nous sommes ici au cœur de la transmission des savoirs expérientiels, savoirs transmis en situation de travail. Le tuteur va permettre à l'étudiant d'analyser son activité professionnelle et donc d'apprendre en situation de travail.

Tutorat et délégation : la confusion des concepts engendre un glissement des taches !!!



Cathéter à chambre implantable



1/ Extravasation sur une chambre implantable suite à la désunion du cathéter.

Un patient de 30 ans, est hospitalisé pour son 4^{ème} cycle de chimiothérapie pour liposarcome. Lors de l'hospitalisation une chambre à cathéter implantable (CCI) est mise en place au bloc opératoire.

La pose de CCI est réalisée sans problème en jugulaire droite. Un Gripper® est posé et laissé en place par le médecin anesthésiste qui vient de réaliser le geste opératoire. Le contrôle radiographique est fait. L'interprétation de la radiographie est effectuée par un interne en radiologie, qui ne retrouve pas d'anomalie.

Le patient reçoit sa chimiothérapie dans le service. La chimiothérapie est effectuée dans les règles de la procédure (dilution, débit) utilisant la CCI. Cepen-

dant l'infirmière ne vérifie pas la perméabilité du cathéter, celui-ci venant d'être posé et l'aiguille étant en place, le dispositif et sa perméabilité, ayant été contrôlés par le médecin ayant effectué la pose.

Le lendemain, lors du retrait de l'aiguille de Huber sur système Gripper®, l'IDE constate un petit écoulement.

Le médecin est averti et après examen, il autorise le retour à domicile. 7 jours après la pose de CCI et la chimiothérapie, le patient consulte son médecin généraliste pour douleurs de l'hémi thorax droit. Il est admis en urgence et une désunion avec migration du cathéter est constatée. Il est transféré en service de médecine, pour une surveillance étroite et abla-

tion du cathéter. Quelques jours plus tard une nouvelle CCI est mise en place permettant la reprise du 5^{ème} cycle de chimiothérapie.

Des soins locaux permettent une régression des signes cutanés.

L'interprétation de la radiographie est effectuée par un interne en radiologie, qui ne retrouve pas d'anomalie...Mais savait-il quoi chercher ?



Défaillances humaines et organisationnelles.

Les transgressions observées dans cet exemple sont induites par le nombre de vérifications effectuées par divers professionnels, mais sans supervision.

L'infirmière ne vérifie pas la perméabilité de la voie veineuse, transgression de la procédure qui trouve son origine dans le fait que :

- Le patient vient de bénéficier de la pose de la CCI par l'anesthésiste au bloc, qui a laissé en place le Gripper®, et elle suppose que la perméabilité a été vérifiée.
- le patient vient d'avoir son cliché radiographique et aucune alerte n'a été émise, et l'IDE considère donc que la CCI est bien fonctionnelle.

L'examen radiologique est

réalisé par l'interne, sans supervision, notamment lors de l'interprétation.

Celui-ci ne détecte pas d'anomalie (pourtant évidente à postériori).

Enfin la méconnaissance par le médecin généraliste seul ce jour précis, mais qui est habituellement supervisé par un chef de clinique, des signes cliniques (écoulement lors du retrait de l'aiguille de Huber par exemple dans ce cas) ne permet pas la détection précoce de l'évènement indésirable.

Lors de l'analyse approfondie des causes, le gestionnaire des risques a constaté l'absence de formalisation des éléments à vérifier

lors du contrôle radiologique après la pose de cathéter à chambre implantable, ainsi que les vérifications de la perméabilité de la voie veineuse, après la pose de CIP, avec ou sans Gripper mis en place.

L'analyse a fait apparaître que l'absence de mention concernant cet acte chirurgical dans le courrier de sortie adressé au médecin traitant ne facilitait pas le suivi de cet acte.

2/Décès par purpura fulminans

Un adolescent de 13 ans accompagné par sa mère, se présente un dimanche soir, au service des urgences pour un syndrome infectieux.

A son arrivée, il est pris en charge par un interne de garde (IDG): un bilan clinique complet (entre autre neurologique) et paraclinique (NFCS, plaquettes, fibrinogène, ionogramme sanguin, clearance de la créatinine, hémocultures, etc.) sont réalisés. Les résultats sont normaux et le cas est présenté au téléphone à un pédiatre, mais sans traçabilité de l'appel ou des consignes données.

En l'absence de diagnostic précis, l'IDG présente le dossier au médecin sénior. Le patient est surveillé pendant plusieurs heures dans le service des urgences. Les conditions de travail sont intenses, en ce jour estival car le service des urgences reçoit trois fois plus qu'habituellement dont 1/3 entre 18h et 04h période durant laquelle le patient est hospitalisé.

Le service des urgences ne dispose pas de zone de surveillance de très courte durée (car d'important travaux de restructuration sont en cours) et l'établissement ne possède pas de service de pédiatrie conventionnelle.

La surveillance du patient est réalisée parfois dans un box des urgences ou dans le couloir des urgences faute de lits.

Vers minuit, le patient toujours hyperthermique, est surveillé dans la zone réservée à l'hospitalisation de jour pédiatrique qui est contigüe au service des urgences, pour poursuivre l'observation clinique et permettre au patient de se reposer.

La consigne donnée par l'IDG 1 à son collègue de garde qui va prendre en charge le patient est que si la fièvre baisse le patient peut retourner à domicile et qu'il peut revenir en consultation dans le service de pédiatrie le lendemain.

Vers 3h30 le patient est autorisé à retourner à son domicile pendant la nuit en raison de son amélioration clinique avec une défervescence thermique.

Des consignes de surveillance précises ne sont pas données aux parents de l'adolescent, excepté l'appel auprès du pédiatre le matin.

La sortie du patient n'est pas « séniorisée » contrairement aux recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence.

Il revient le lendemain matin avec des signes évoquant une méningite et un purpura fulminans.

Son état clinique se dégrade rapidement malgré l'antibiothérapie et les manœuvres de réanimation, avec une évolution foudroyante conduisant au décès.



« La sortie du patient n'est pas séniorisée ... »



Séniorisation et collaboration réciproque...

Dans ce retour d'expérience, nous pouvons retenir que les conditions de travail altérées (locaux, matériels, restructuration, nombre de passages...) ont eu une influence sur la prise en charge...difficile d'une pathologie redoutée et redoutable.

Le manque de communication entre les séniors et les internes a aussi joué un rôle majeur.

Les séniors auraient pu suggérer plus de diagnostics différentiels de la

part des plus novices, et les internes auraient pu requérir plus de soutien ou d'avis séniorisé afin d'établir une conduite à tenir notamment concernant le retour à domicile, avec des consignes claires d'implication de la famille quant à la surveillance du jeune patient. L'évolution naturelle d'une pathologie grave et potentiellement létale (et qui le fut pour ce jeune patient) pourrait interroger sur l'intérêt d'une analyse approfondie des cau-

ses. Elle a pourtant mis en exergue les problèmes de communication et de sollicitation mutuelles indispensables lors des gardes aux urgences et des difficultés de gestion de lit d'hospitalisation de très courte durée. .



3/ Surdosage en insuline.



« Elle demande alors un avis à une collègue qui lui conseille ... »

Une patiente de 82 ans est hospitalisée en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) après un pontage fémoro-poplitée gauche.

La patiente présente une déficience visuelle et auditive, elle est diabétique et en insuffisance rénale chronique, sous épuration extra rénale.

Le traitement par insuline est en cours d'équilibration .

Lors de l'injection d'insuline du soir, l'IDE (nouvellement diplômée, arrivée dans l'établissement depuis 2 jours, roulement en 12 heures) veut préparer l'injection mais n'a pas à disposition les aiguilles adéquates pour le stylo personnel de la patiente.

Elle demande alors un avis à une collègue qui lui conseille d'utiliser une seringue à insuline pour prélever la dose prescrite dans la cartouche du stylo.

Elle va prélever dans le stylo après avoir réglé « 15 unités » sur le stylo lui même (dose prescrite),

pensant que le réglage permet de ne prendre que ces 15 unités nécessaires. Elle va remplir ainsi une seringue à insuline de 0,5 ml.

En injectant les 0,5 ml, elle prend conscience d'une dose trop élevée. Après vérification, la dose injectée correspondant en réalité à 50 unités et le signalement est effectué auprès du médecin du service

La patiente est admise en unité de soins continus pour surveillance.

La famille et la patiente sont informées de l'événement.

Les suites se déroulent sans incident , sans variation de la glycémie et ne nécessitent pas de traitement parentéral.

La patiente peut également bénéficier de sa séance de dialyse programmée au sein de l'établissement.

La patiente anticipe sa sortie, interrompt sa rééducation et retourne à son domicile.



Matériel et soin non maîtrisés, lors d'une prise de fonction...ou lorsque le tutorat n'est pas une pratique instaurée...

De cette analyse nous pouvons retenir les faits suivants : un défaut d'utilisation d'un dispositif médical spécifique , conjugué à un manque d'expérience d'une infirmière nouvellement diplômée, arrivée depuis deux jours dans un établissement de santé, sans supervision, associé à un défaut d'approvisionnement de matériel adapté au dispositif aboutit à l'injection d'une dose trop élevée d'insuline.

Les professionnelles infirmières, ont toutes deux, insuffisamment collaborées; l'une en conseillant oralement et en « orchestrant » une transgression de pratique, sans

superviser l'acte; l'autre en acceptant la transgression sans solliciter d'aide ou de supervision sur une pratique jamais effectuée, sans le signaler.

On peut aussi noter, que l'encadrement ayant connaissance de la défaillance d'approvisionnement du service, et connaissant la possibilité d'être dépanner par la PUI n'a pas mis en place les barrières de sécurité nécessaires (par exemple les procédures dégradées pour rupture d'approvisionnement) pour éviter un éventuel événement indésirable. Enfin l'infirmière, déstabilisée par sa nouvelle fonction (et en fin de journée

de douze heures) et cette pratique non acquise, n'est pas en capacité de s'adapter à cette situation en allant se dépanner par exemple dans un service voisin.

Reste la problématique de la gestion des traitements « personnels » des patients et notamment des dispositifs tels que les stylos à insuline, malgré les recommandations de l'ANSM, méconnus des personnels soignants et l'apport du soutien de la PUI et de l'informatisation des prescriptions qui pourraient résoudre une part importante de cette problématique.