Analyse Approfondie de Cas 12 :

Insuffisance respiratoire aiguë chez un patient trachéotomisé entrainant une hospitalisation en urgence.

Date de parution : Juin 2013

- Catégorie : S.S.R
- Nature des soins : Thérapeutiques

ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Certaine prise en charge spécifique ou complexe nécessite une préparation et anticipation des risques et le questionnement sur les champs de compétences requis pour assurer la continuité des soins.
- Les lits dédiés en soins palliatifs doivent accueillir des patients spécifiques, mais encore faut il en avoir la possibilité en terme de logistique et de compétences en soins.
- L'absence des personnels référents ou du cadre de santé peut être source de risques.
- Les admissions en SSR la veille de week-end sont à éviter pour les patients à risques.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 71 ans, trachéotomisé suite à une laryngectomie totale pour un cancer ORL avec lymphangite carcinomateuse est admis en SSR, pour prise en charge palliative.

Il est très asthénique, se mobilise peu, est porteur d'une sonde urinaire et d'une sonde de gastrostomie.

Le projet de soins palliatifs est coordonné par l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur.

Ce projet repose sur des soins de confort avec une perspective de retour à domicile.

Les conditions d'arrivée sont chaotiques.

Le patient est adressé sans fiche de liaison, ni de consignes précises de soins.

L'établissement SSR et le personnel n'ont pas préparé l'admission et le matériel spécifique pour cette prise en charge palliative.

Douze jours après son admission, le patient présente une détresse respiratoire liée à l'obstruction de la trachée par un bouchon muqueux.

Le patient est transporté en urgence dans un centre hospitalier aux urgences.

La fonction respiratoire est restaurée après ablation du bouchon muqueux.

Il est admis de nouveau en SSR le lendemain, après une évolution favorable de sa fonction respiratoire.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Insuffisance respiratoire aiguë avec mise en jeu du pronostic vital et nécessitant une ré hospitalisation en urgence.

Évolution ultérieure sans complication.

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 03 juin : un établissement de santé adresse par fax à la structure de SSR, une demande d'hospitalisation pour une prise en charge palliative d'un patient de 71 ans, trachéotomisé suite à une laryngectomie totale en mars. L'entrée est prévue pour le (jeudi) 11 juin.
Cette admission coordonnée par l'équipe mobile de soins palliatifs est validée par le médecin du SSR et programmée par l'IDE référente en soins palliatifs (SP) du SSR, en l'absence du cadre de santé. Ce patient non algique, non anxieux, très asthénique, présente une lymphangite carcinomateuse avec des nodules de perméation. Il bénéficie d'une chimiothérapie palliative et d'une radiothérapie antalgique. Il se mobilise peu, est porteur d'une sonde urinaire et d'une gastrostomie. Il se nourrit avec une alimentation mixée. Le projet de soins palliatifs repose sur des soins de confort avec une perspective de retour à domicile.

Le jeudi11 juin : l'établissement adresseur appelle le SSR pour décaler l'entrée au lendemain vendredi, 12 juin. En remplacement du cadre de santé (mobilisé sur un audit de structure), l'IDE référente en SP du SSR donne son accord.

Le vendredi 12 juin à 13h30 : le patient arrive avec 1 heure d'avance dans le SSR, sans que l'établissement en soit averti. L'IDE référente SP n'est pas disponible, la chambre n'a pas été préparée . Les IDE présents n'ont pas connaissance de cette entrée et sont occupés à faire leur transmissions. Le patient est installé dans sa chambre par les ambulanciers et laissé seul.
A 14 h : un IDE se rend auprès du patient pour réaliser l'admission. Il est surpris de l'état général du patient. Il installe le matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration. Il passe le relais à son collègue d'après midi. Plus tard dans l'après midi, le patient est vu par le médecin qui ne donne pas de consignes particulières concernant les soins de trachéotomie ou d'oxygénothérapie. L'IDE référente de SP passe voir le patient et transmet oralement des consignes pour les soins de canule (une fois par jour).

Le 13 juin : le patient présente des bouchons muco-sanglants nécessitant des aspirations trachéales répétitives réalisées par les IDE du service.
Le 18 juin : la chemise interne de la canule de trachéotomie est nettoyée.
Le 22 juin : il est noté la présence d'un bouchon muqueux.

Le 24 juin : le patient présente une décompensation respiratoire avec une altération de la saturation pulsée en oxygène (87 %) . Le médecin du SSR contacte son confrère de l'établissement adresseur pour avis. Celui-ci préconise une oxygénation et une nébulisation. Le SSR ne dispose pas de sonde à oxygénation adaptée à la canule de trachéotomie, ni de matériel de nébulisation. Un autre établissement est donc sollicité pour obtenir en urgences du matériel de dépannage…
A 23h45 : aggravation des signes respiratoires . L'IDE de nuit contacte le SAMU qui envoie le médecin de garde sur place. Devant l'état de détresse respiratoire du patient, le médecin décide d'une hospitalisation aux urgences.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Défaut d'anticipation des risques liés à la prise en charge d'un patient trachéotomisé lors de la demande d'admission en SSR et pendant l'hospitalisation.
Défaut d'évaluation clinique concernant les besoins et la prévention requis par les soins de trachéotomie chez un patient hyper sécrétant.

Facteurs latents

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

Patient :

Etat de santé complexe (trachéotomie, asthénie, communication par écrit).
Compliance médiocre aux soins (refus d'apprendre les soins de trachéotomie) et anxiété. +
Sentiment d'insécurité (devant les difficultés des soignants / soins de trachéotomie).
Position familiale particulière : fille « violente », petite fille élevée par les grands parents et refus du projet de retour à domicile.

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut de connaissances théoriques et pratiques concernant la prise en charge d'un patient trachéotomisé. +++
Défaut d'expérience concernant la prise en charge d'un patient trachéotomisé. +++
Insuffisance des qualités relationnelles avec le patient et son entourage.
Sous estimation des facteurs de risques liés à la prise en charge d'un patient trachéotomisé. +++
Non respect des bonnes pratiques.+++

Équipe :

Défaut de communication orale et écrite dans l'équipe (IDE référente SP—équipe– médecin– équipe). +++
Collaboration insuffisante (IDE SP- Equipe ; établissement demandeur – SSR; médecin –IDE). +++
Supervision inadaptée +++
- admission sans la référente occupée dans une réunion
- chambre non préparée
- non transmission d'informations primordiales comme la trachéotomie;
- pas d'anticipation de matériel

Défaut de communication dans l'équipe orale et écrite (pas de prescription médicale concernant les soins de trachéotomie; consignes orales inexactes; pas de transmission concernant les admissions programmées). +++
Défaut d'adaptation à une situation imprévue (arrivée du patient en avance; pas de recherche auprès de l'établissement d'origine de consignes de soins; accueil par l'IDE de matin alors qu'il finit son temps de travail). +++

Tâches :

Absence de protocole concernant la prise en charge d'un patient porteur d'une trachéotomie. +++
Planification des tâches concernant les soins de trachéotomie non adaptée. +++
Défaut de traçabilité d'informations importantes
- fiche de liaison, fiche d'admission
- préparation et anticipation des locaux et matériels).

Défaut d'avis spécialisé (ORL, Recherche de fiches de soins type, équipe mobile de SP coordinatrice de l'admission). +++
insuffisance d'aide s à la décisions ou aux conduites à tenir face à la prise en charge spécifique. +++

Environnement :

Absence de matériels adaptés pour la prise en charge d'un patient porteur d'une trachéotomie. +++
Équipements indisponibles (nébuliseur) et absence de procédures pour le dépannage.
Indisponibilité d'un personnel apte spécifique (IDE SP et cadre sur un audit institutionnel ou réunion).
Défaut du dossier informatisé (pas de soins de trachéotomie formaté et donc pas de traçabilité réalisée).

Organisation :

Mauvaise attribution des tâches en l'absence du cadre de santé ou de l'IDE référente.
Défaut de coordination dans le service (le vendredi il n'y a pas de présence médicale et la veille d'un week end la pharmacie se trouve en difficulté d'approvisionnement pour les traitements et dispositifs médicaux; habituellement pas d'entrée le vendredi— préparation de l'admission ou de la chambre non effectuées —IDE non informés de l'entrée du patient). +++
Glissements de tâches (IDE SP prend une décision d'admission) et prise d'initiative inadaptée (décaler l'entrée sans mesurer les conséquences et difficultés engendrées).

Institution :

Échanges et relation difficiles avec les autres établissements de santé (support de demande d'admission non homogène; interlocuteurs médicaux ou paramédicaux difficilement joignables; heure d'admission non respectée; pas de fiche de liaison IDE. Pas de courrier médical ni de prescriptions médicales)

Facteurs d'atténuation

La réactivité des professionnels présents lors de l'aggravation de la détresse respiratoire du patient, a permis la récupération de l'évènement indésirable grave grâce à une prise en charge adaptée et rapide.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

- Les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur des aides techniques ou des protocoles concernant la prise en charge des patients trachéotomisés.
- Les admissions en secteur de soins palliatifs doivent être préparées, et communiquées à l'ensemble des soignants du SSR.

Commun :

- Adapter la structure d'accueil SSR à la complexité des soins requis par le patient : pertinence de l'admission
  - ⇒ En regard des équipements présents et de leur approvisionnement,
  - ⇒ En regard des qualifications et des compétences nécessaires et présentes.
- La formation initiale et continue des personnels soignants aux soins palliatifs et à des prises en charges spécifiques (trachéotomie) doit tenir compte de la nécessaire acquisition de ces qualifications.
- Une fiche d'admission commune et fiable (en terme de renseignements pertinents à la spécificité de la prise en charge) pour les structures d'aval est à transmettre dans des délais permettant d'anticiper les besoins à assurer.
- Le rôle et les fonctions des cadres de santé et des personnels référents spécialisés doivent être clairement assignés, notamment concernant la coordination des soins

Evitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels : événement très probablement évitable.

PRAGE
Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements 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

Général :

Gestion et missions des structures d'aval, nécessité de spécialisation de la prise en charge en SSR.

Références et Bibliographie

- « Cancer des voies aérodigestives supérieures. Vers un corps reconstruit, vers une autre vie » M.-Y. Louis, J.-P. Rame, Psycho-Oncologie (2008) 2 ; 77-82
- « Les cancers du larynx et de l'hypopharynx : anatomie, anatomopathologie, signes cliniques, TNM, thérapeutique » Gilles Poissonnet, Olivier Dassonville, Xavier Pivot et all ; Bulletin du cancer, décembre 2000, volume 87. 27-38
- « Prise en charge des patients trachéotomisés après laryngectomie totale de la période post opératoire à la sortie » Réseau ONCORA, 2006, http://oncoranet.lyon.fnclcc.fr/bonnes_pratiques/pdf/tracheostomie.pdf
- Les bonnes pratiques de nébulisation - directives pharmaceutiques. 2009— Service projet scientifiques -+ centre de développement scientifique des pharmaciens.

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