

# Bactériémie à SARM suivie de décès (EIG) : analyse approfondie des causes

*CH Villefranche de Rouergue*



# Contexte de la RMM

- Participants :
  - EOHH : praticien et IDE
  - Médecin ayant pris en charge le patient
  - Cadre du service
  - 2 infirmières ayant pris en charge le patient
  - CPIAS Occitanie
- Service de Médecine 2 (orientation neuro / diabétologie / gastro entérologie)
- Analyse par la méthode ALARM

# Motif d'hospitalisation

- Patient de 80 ans poly-pathologique bien connu du service car il y est polytransfusé depuis plusieurs mois du fait d'une anémie chronique d'origine indéterminée.
  - Insuffisant cardiaque et rénal
  - Diabète de type 2
  - BPCO
  - Nombreux antécédents chirurgicaux dont un pontage
  - Artériopathie oblitérante des membres inférieures
- Patient adressé par son médecin traitant aux urgences pour des rectorragies abondantes depuis 2-3 jours.

# Chronologie détaillée

# Analyse chronologique

- **Mercredi 15/11** : Lors de l'admission, il est lui est posé un cathéter veineux périphérique au bras gauche. Puis, il est hospitalisé en service de Médecine 2.
- **Vendredi 17/11** : Le patient subit une coloscopie au bloc opératoire.
- **Samedi 18/11** : Le retrait du cathéter veineux périphérique est prescrit mais non retiré immédiatement ; le patient est incité à boire afin de permettre l'arrêt de la réhydratation parentérale.
- **Nuit du samedi 18 au dimanche 19/11** : Le cathéter est retiré dans la nuit car le patient est gêné (non tracé).

# Analyse chronologique

- **Dimanche 19/11 après-midi** : Le patient présente des frissons, il a froid (dès 12h30), pic fébrile à 38,5°C. Il est lui administré du paracétamol vers 17h30. Puis, un appel est passé à l'interne de garde car il présente des tremblements légers, des crépitations bilatéraux (BPCO). Pas de point d'appel particulier. On lui prélève un ECBU + BU, des hémocultures.
- **Dimanche 19/11 soir** : L'IDE remarque une veinite sur le bras gauche.
- **Nuit du dimanche au lundi 20/11** : Vers 1h du matin, le patient présente un pic fébrile à 40°C, des frissons, une confusion. Il est découvert et glacé. On lui pose un cathéter à droite.

# Analyse chronologique

- **Lundi 20/11 6h** : Le patient présente toujours un pic à 40°C, mal toléré, avec des frissons. Le patient présente une veinite des 2 bras surtout à droite. Une antibiothérapie est débutée par Augmentin® (1<sup>ère</sup> perfusion 7h) avec une réhydratation. Le point d'entrée pulmonaire est écarté.
- **Lundi 20/11 10h** : L'antipyrétique diffuse dans tout le bras droit, ce cathéter est donc retiré et un pansement alcoolisé est réalisé. A gauche, le point de ponction (pli du coude) est rouge, induré avec croute, donc il est réalisé un pansement à la Fucidine®. Il est posé un cathéter 22G à la main gauche.
- **Lundi 20/11 11h** : Le bilan biologique montre une CRP à 116 et des leucocytes à 12G/L.

# Analyse chronologique

- **Lundi 20/11 12h30** : Le laboratoire appelle pour communiquer le germe retrouvé sur les hémocultures : Staphylocoque doré. L'antibiotique est changé par oxacilline à 6 g/j (1<sup>ère</sup> perfusion à 16h). Le protocole prévoit la mise sous vancomycine pour toute veinite fébrile à Staphylocoque doré, mais ce patient n'avait pas un capital veineux permettant l'injection, ni de voie centrale, et sa fonction rénale était insuffisante. Le biologiste prévient du risque de réinfection des autres voies périphériques qui ont été posées entre temps.
- **Lundi 20/11 après-midi** : A 14h, le patient est toujours à 39-40°C, glacé. Une échographie cardiaque est demandée (endocardite infectieuse ?). Son pronostic est réservé. Il est prévu de le transférer en surveillance continue s'il s'aggrave.

# Analyse chronologique

- **Mardi 21/11 à 11h30** : Le patient est toujours fébrile à 38,5°C, glacé, hypoxique (désaturation, troubles de la conscience, cyanose) et comateux. Il est transféré aux soins continus. Le labo communique l'antibiogramme : SARM.
- **Mardi 21/11 après-midi** : CRP = 308. Aux soins, il est posé une voie centrale en abord jugulaire. La voie veineuse posée la veille en Médecine 2 est peu fonctionnelle, elle est donc retirée. La vancomycine est prescrite. Le patient est également mis sous paracétamol et glacé. Il restera fébrile toute la journée.
- **Nuit du mardi au mercredi 22/11** : Le patient s'aggrave, on lui pose un cathéter artériel et l'antibiothérapie est modifiée par Tazocilline® + vancomycine. Le patient présente des marbrures aux genoux, le score de Glasgow baisse.

# Analyse chronologique

- **Mercredi 22/11 15h** : Le patient devient comateux, aréactif, avec frissons et fébrile à 39°C, marbrures des membres inférieurs, abdominales et du thorax. L'hémodynamique est conservée. Il est intubé.
- **Mercredi 22/11 fin d'après-midi et nuit** : Le patient se dégrade, plus de 40°C en étant glacé, perte de l'hémodynamique (noradrénaline). Oligurie. Le médecin téléphone aux réanimations des CH de Rodez et de Montauban qui n'ont pas de place.
- **Jeudi 23/11 2h30** : Décès du patient d'une défaillance multi viscérale et choc réfractaire.

Analyse ALARM

Et

Propositions d'actions correctives

# Facteurs liés au patient

- Patient âgé poly-pathologique : insuffisances rénale et cardiaque, diabète de type 2, AOMI, pontages, anémie chronique, etc.
- Capital veineux précaire
- Polytransfusé
- Epouse très présente

# Facteurs liés aux tâches à accomplir

- Il n'existe pas sur le CH de conduite à tenir pour les soins locaux des veinites sur cathéter périphérique (CAT actuelle : pansement alcoolisé + Réparil® qui n'est pas adapté)
- Le rinçage pulsé n'est pas réalisé sur les voies veineuses périphériques car les prolongateurs ne sont pas utilisés – montages très opérateur-dépendants
- On ne sait pas si le protocole de pose a bien été respecté aux urgences
- L'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques est faible dans les 2 services concernés (48% Médecine 2 ; 32% urgences) car le lavage des mains est encore très utilisé.

# Facteurs liés aux tâches à accomplir

## Actions correctives

⇒ Protocole pansement alcoolisé sur veinite infectieuse avec l'IDE « plaies et cicatrisation »

	Protocole	Référence : 2042 Version : 1 Date de diffusion : 01/02/2019 Page 1 sur 1
	Traitement local des veinites infectieuses par pansement alcoolisé	

⇒ Poster à élaborer avec la pharmacie sur les montages recommandés + formation (quand ?)

⇒ Audit sur la pose des CVP aux Urgences

⇒ Hygiène des mains

### 3. Pratique du pansement alcoolisé

- ❖ Tout d'abord, retirer le cathéter périphérique incriminé ; en reposer un autre sur le bras opposé si nécessaire
- ❖ Prendre un pansement américain et l'imbiber d'un tiers d'alcool à 70° et de 2/3 de sérum physiologique. Fixer ce pansement avec une bande.
- ❖ Laisser en place ce pansement **30 minutes**, puis le retirer
- ❖ Répéter ce pansement 3 fois par jour, voire 4 s'il est possible de poursuivre la nuit
- ❖ Faire ceci pendant **3 jours maximum**
- ❖ Tracer tous les soins réalisés dans le dossier du patient
- ❖ Si le pansement ne suffit pas à amender les symptômes de veinite au bout de 3 jours : le médecin est seul apte à déterminer la conduite à tenir.

### 4. Chez l'enfant en bas âge (< 3 ans)

- ❖ On peut utiliser une compresse imbibée de G30
- ❖ Ne pas utiliser d'alcool à 70°

# Facteurs liés au contexte institutionnel

- Module de prescription uniquement acheté, le logiciel est complété progressivement par des référents qui construisent des « fiches » selon les priorités
- Pas de module « Soins » donc problématique de la traçabilité de la pose et surveillance des CVP : traçabilité laissée à l'appréciation de l'IDE sur les « transmissions ciblées » informatisées et libres.
- Donc : pas de rubriques spécifiques
- Budget insuffisant pour permettre l'achat des modules logiciels appropriés (plan de retour à l'équilibre)
- Achat de ce module non planifié jusqu'à 2022
- Evolutions GHT ? Rien avant 2022 non plus.

Sillage v15.5.3.23 >> CADORET LIONEL

TEYSSIERES Emilie 3011 - MEDECINE 1 CHARTREUSE - Rôle : MEC Aucun filtre sélectionné Lundi 18 Mars 2019 16:50

Recherche de patients

Sorti le 23/11/2017 Sorti(e) N(e) le 22/10/1937 (80 ans) Venue : 107513554 Taille : ? Poids : ? Aucune allergie notée Antécédents (19) 27/09/18

Dossier Documents Labo Prescription Ordo. sortie Plan de soins CCAM, NGAP Agenda

Chronologique

Dernière consultation le 13/03/2018 09:02:28 par GAUBERT Christine (DIM) Historique des accès

### ÉTAT CIVIL

IPP: 2002506  
Né le 22/10/1937 (80 ans) à LE HAVRE - FRANCE  
**Patient décédé le 23/11/2017**  
Situation de famille: MARIE(E)

### ADRESSES

### RESPONSABILITÉS MÉDICALES

**HOSPITALISATION DU 15/11/2017 AU 23/11/2017 (IEP: 107513554)**

- SURVEILLANCE CONTINUE (3311\_01)  
Du 21/11/2017 à 10:24 au 23/11/2017 à 02:30
- MEDECINE 2 CHARTREUSE (3012\_01)  
Du 15/11/2017 à 14:24 au 21/11/2017 à 10:24
- URGENCES ACCUEIL (2710\_01)  
Du 15/11/2017 à 10:19 au 15/11/2017 à 14:24

**HOSPITALISATION DU 01/11/2017 AU 06/11/2017 (IEP: 107475513)**

- SOINS GERIATRIE AIGU (3014\_01)  
Du 01/11/2017 à 18:43 au 06/11/2017 à 13:50

### LISTE DES DOSSIERS PAPIER

**Dossier unique (UNIQUE)**  
Numéro du dossier : 200250  
Nombre de pochettes : 1  
Position : Archivé  
Dépot : Dossiers 0 - 5 ans  
Adresse aux archives : 2017200250  
Centre de gestion : Archives centrales

### LISTE DES CORRESPONDANTS MÉDICAUX

Traité Ajouter au dossier

**MÉDECIN TRAITANT**

**CORRESPONDANTS MÉDICAUX**  
<Aucun correspondant médical>

### LISTE DES FICHES (3 FICHES)

- Données Physio-Path et Facteurs de risques  
*Fiche non renseignée*
- Evaluation et Suivi Psychologique  
*Fiche non renseignée*

**DOSSIER COMMUNIQUANT CANCÉOLOGIE**

- Evaluation et Suivi Psychologique (Dossier Communiquant Cancérologie)  
*Fiche non renseignée*

### LISTE DES DOCUMENTS (4 DOCUMENTS)

- Courrier Signataire: [Signature]
- al 141015 Signataire: [Signature]
- a.lamy 17062015 Signataire: [Signature]
- A.LAMY 18032015

- Données Physio-Path et Facteurs de risques
- Evaluation et Suivi Psychologique
- Documents
- Correspondants médicaux
- Dossier Communiquant Cancérologie
- Hospitalisation du 15/11/2017 au 23/11/2017
- Fiche de recueil et suivi diététique
- Dignostique et Suivi Diététique
- Documents
- Historique Prescription et Administration
- CR d'actes
- SURVEILLANCE CONTINUE 21/11/2017 - 23/11/2017
- MEDECINE 2 CHARTREUSE 15/11/2017 - 21/11/2017
- Examen Clinique d'entrée (ECE)
- Evolution pendant l'hospitalisation
- Conclusion de l'hospitalisation (CH)
- Suivi des constantes
- Transmissions ciblées
- Consultation service social
- Consultation psychologique
- Documents
- Courrier
- URGENCES ACCUEIL 15/11/2017 - 15/11/2017
- Hospitalisation du 01/11/2017 au 06/11/2017

Demande d'accès étendu Historique des accès étendus

- Données Physio-Path et Facteurs de risques
- Evaluation et Suivi Psychologique
- Documents
- Correspondants médicaux
- Dossier Communiquant Cancérologie
- Hospitalisation du 15/11/2017 au 23/11/2017
  - Fiche de recueil et suivi diététique
  - Dignostique et Suivi Diététique
  - Documents
  - Historique Prescription et Administration
  - CR d'actes
  - SURVEILLANCE CONTINUE 21/11/2017 - 23/11/2017
  - MEDECINE 2 CHARTREUSE 15/11/2017 - 21/11/2017
    - Examen Clinique d'entrée (ECE)
    - Evolution pendant l'hospitalisation
    - Conclusion de l'hospitalisation (CH)
    - Suivi des constantes
    - Transmissions ciblées**
    - Consultation service social
    - Consultation psychologique
    - Documents
    - Courrier
  - URGENCES ACCUEIL 15/11/2017 - 15/11/2017
- Hospitalisation du 01/11/2017 au 06/11/2017

## Transmissions ciblées

Date	Par	Cible	Transmissions
15/11/2017 15:55		Accueil	D/ patient transféré des urgences pour rectorragies depuis 3 jours à domicile. Hémoglo A) Pose 1cgr ce jour. Vu avec Dr andant. Si TA > à 16 faire 40mg de lasilix. Aura le 2iè
15/11/2017 21:59		Rectorragies	D/ Est allé à la selle cette après midi ==> pas de sang. Vu par Dr Andant, lui prévoit une A/ Mis en s/R et cs anest demandée
15/11/2017 22:07		Transfusion	D/ Bonne tolérance. TA 13.5/5 puls 54 spo2 97% avec 2L O2
16/11/2017 13:32		Examen	Aura une coloscopie demain matin préparation selon prescription A eu la consultation anesth ce matin
16/11/2017 20:51		examen	a eu 2 litres de colopeg ce soir à 18h.
17/11/2017 05:56		chute	il nous signale 1 chute sans gravite semble t il
17/11/2017 17:12		colo	patient a eu sa colo en fin de matinée.

**Transmissions Ciblées**

Date **21/11/2017 11:43** Par

Cible **transfert**

Transmissions

**D : aux soins continus ce matin car désaturation à 70% avec O2 à 2l, cyanose, trbl de la conscience...  
Apyrétique mais frissons+++, TA 12/4  
VVP peu fonctionnelle (piqué la veille)  
Vu par réanimateur  
Epouse a dû être prévenue par le Dr**

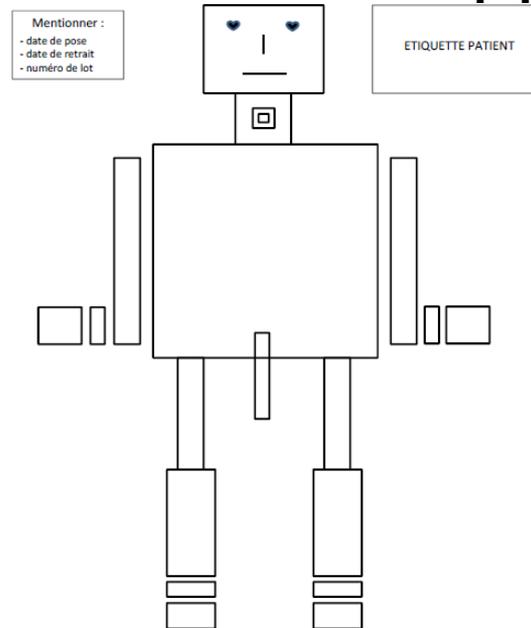
# Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail

- Problématique de traçabilité déjà évoquée
- Il n'y a pas de brancardiers le week-end ni la nuit pour les transferts des patients (AS/ IDE) (2 IDE la nuit en Méd 2)
- Hébergement de patients de chirurgie en médecine, surtout le week-end, sans remise à niveau des effectifs ; donc problèmes de sous-effectif et de compétences en médecine.
- Prescription des examens complémentaires non informatisée
- Les services de réanimation des CH de Rodez (voire de Montauban) n'ont régulièrement plus de places

# Facteurs liés à l'environnement

## Actions correctives

⇒ Traçabilité papier proposée avec le support de la surveillance continue :



⇒ Tout le planning du bloc opératoire a été remis à plat courant 2018 donc meilleure organisation de la chirurgie, il n'y a plus d'hébergements en Méd

# Facteurs liés à l'équipe

- La traçabilité concernant les poses et déposes des différents cathéters périphériques est peu détaillée et précise (bras de pose, chronologie exacte)
- Cette traçabilité n'est pas facilitée par l'emploi de 2 dossiers, papier et informatique (impossibilité de tout passer en informatique, notamment les ECG)

⇒ Traçabilité papier proposée

# Facteurs liés à l'organisation

- Pas de dépistage SARM en dehors de la surveillance continue (1 fois par semaine pour tous les patients)
- Épidémiologie locale : bcp de SARM, plus qu'en national (30 %) et surtout chez personnes âgées
- Politique de dépistage chez les patients « à risque » dans tous les services ? Lesquels ? (> 65 ans, ...) et si positif, quels changements dans les CAT ?

# Facteurs liés au contexte individuel

- Absence de facteurs contributifs

# Plan d'actions priorisé

- 1/ Formaliser une conduite à tenir pour les soins locaux des veinites sur cathéter périphérique (CAT actuelle : pansement alcoolisé + Réparil® qui n'est pas adapté)
- 2/ La chirurgie va rouvrir des lits et le planning opératoire a été remis à plat afin de permettre une meilleure répartition des plages opératoires
- 3/ Audit sur la pose de CVP aux urgences
- 4/ Resensibilisation du personnel aux nouveaux objectifs d'ICSHA ; affichages.
- 5/ Prévoir de généraliser les prolongateurs avec valve bidirectionnelle et le rinçage pulsé sur les voies veineuses périphériques. Donc programmer une formation.
- 6/ Le module « Soins infirmiers » de Sillage doit être budgétisé mais l'établissement est en PRE. Dans l'attente, formaliser un outil permettant de mieux tracer les différentes poses et déposes de cathéters périphériques.

# Conclusions

- Ce patient poly-pathologique et âgé est décédé d'une bactériémie à SARM secondaire à une veinite, survenue alors même que le temps maximum d'utilisation du cathéter n'avait pas été atteint.
- Ce cathéter avait été posé aux urgences où on ne sait pas si les bonnes pratiques de pose avaient été respectées. Les cathéters ne sont pas systématiquement reposés dans les 48h dans les services de soins s'ils ne présentent pas de problèmes fonctionnels.
- Le patient aurait dû bénéficier d'une pose de voie centrale en surveillance continue avec traitement par vancomycine dès le début des signes cliniques (lundi matin).

Merci de votre attention

