

Fiche RETEX 29

Défaut de mise en œuvre d'une réanimation cardio-pulmonaire



N°29 • Septembre 2024

Thématique

Défaut de mise en œuvre d'une réanimation cardio-pulmonaire chez une patiente très dégradée et sans directive anticipée

Catégorie

Sanitaire - Gériatrie

Résumé de l'EIGS

L'évènement concerne une patiente prise en charge en service de médecine gériatrique pour dénutrition dans un contexte de diarrhées chroniques avec chutes à répétition à domicile.

Son séjour, marqué par la découverte de marqueurs carcinologiques chez une patiente âgée à l'état clinique très dégradé, va s'achever sur un arrêt cardio-respiratoire lié à une fausse route et pour lequel aucune réanimation cardio-pulmonaire n'est débutée.

Au cours de l'analyse, il est apparu un manque de clarté au niveau du projet de vie pour cette patiente, ce qui permet de réaffirmer l'importance des directives anticipées.

Chronologie des faits

Une patiente, âgée de plus de 80 ans, est prise en charge en service de médecine gériatrique pour dénutrition dans un contexte de diarrhées chroniques avec chutes à répétition à domicile depuis 3 mois.

A son admission, la patiente est cachectique, présente un indice de masse corporelle inférieur à 15, ainsi qu'une sarcopénie (perte de poids de plus de 25 % en 3 mois), une dénutrition et une déshydratation. Après avis de la diététicienne, il est décidé un aménagement de ses plateaux repas avec majoration de l'apport en protéines et une introduction de compléments nutritionnels oraux. Sept jours après son admission, il est constaté une prise de poids de deux kilos par rapport au poids initial d'entrée.

Trois semaines après son admission, un résultat de marqueurs carcinologiques digestifs revient positif ainsi qu'un résultat de parasitose. Il est également constaté une hypokaliémie majeure à 2,5 mmol/L motivant une majoration du traitement par potassium et un enrichissement de son alimentation. Un avis gastro-entérologique est également demandé en urgence. Une semaine après le constat de l'hypokaliémie, une persistance de celle-ci motive à nouveau une majoration du traitement médicamenteux et de l'enrichissement alimentaire. Un traitement par FLAGYL est aussi débuté au vu des résultats positifs de parasitose intestinale.

Quatre jours après l'instauration du FLAGYL, il est constaté une hypotension et une altération de l'état général de la patiente ainsi qu'une persistance des diarrhées. Quelques jours plus tard, la patiente va présenter un épisode de rectorragie décrite comme « traces » dans les transmissions, cependant il n'est pas retrouvé d'appel au médecin pour l'en avertir. Il est à noter que la journée était particulièrement chargée au niveau médical avec la gestion d'une situation d'urgence, 3 entrées et 1 sortie. De plus le médecin présent n'était pas un titulaire mais un remplaçant.

La nuit suivant cet épisode de rectorragie, la patiente présente une toux qui l'empêche de dormir. Le lendemain, lors de l'installation au moment de la toilette, l'aide-soignante (AS) constate la présence d'une biscotte dans la bouche de la patiente. Elle la fait boire. Cinq minutes plus tard, une infirmière (IDE) vient pour la réalisation d'un pansement au niveau du bras et constate un « graillonnement ». Elle s'absente pour aller chercher le matériel d'aspiration et prévient sa collègue IDE dans la chambre à côté de celle de la patiente. Dans le même temps, l'AS s'absente pour prévenir sa collègue AS. La patiente reste alors seule en chambre. Cinq minutes plus tard, l'IDE qui a été prévenue par sa collègue vient prendre les paramètres de la patiente. Elle la retrouve aréactive et décide de réaliser un ECG. Elle constate un tracé plat. L'AS propose à l'IDE présente de faire un massage cardiaque externe, celle-ci réponds alors par la négative.

Le médecin est prévenu à son arrivée de l'évènement et rédige le constat de décès. Il est à noter que le médecin n'était pas présent au moment des faits et n'a pas été contacté par téléphone.

Pourquoi est-ce un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu au vu de la prise en charge débutée pour cette patiente et les mesures d'urgence vitale n'ont pas été mises en œuvre par l'équipe soignante.

Méthodologie de la recherche des causes profondes

Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Absence de mise en œuvre d'une réanimation cardio-pulmonaire

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : cachexie, sarcopénie, diarrhées chroniques, découverte de marqueurs tumoraux, hypothyroïdie iatrogène
- État de santé : hypokaliémie, dénutrition, altération de l'état général et parasitose
- Épuisement de l'époux

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Facteur de stress : erreur d'appréciation des professionnels

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : non-utilisation de la procédure d'arrêt cardio-respiratoire
- Aide à la décision : défaut d'évaluation clinique
- Définition des tâches : manque de précision dans la traçabilité des observations (prescription médicale des biologies, transmissions médicales et paramédicales)

Facteurs liés aux organisations définies

- Aucune

Facteurs liés à l'équipe

- Informations écrites : manque de clarté au niveau du projet de vie de la patiente (pas de directive anticipée)
- Composition de l'équipe : médecin remplaçant avec une forte activité médicale le jour de l'évènement

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Aucune

Facteurs liés au contexte institutionnel

- Aucune

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de prévention :

- Formation AFGSU

Barrière d'atténuation :

- Mesures d'urgence vitale

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Rappel du protocole arrêt cardio-pulmonaire et mise en application
2. Procédure à formaliser en cas d'absence du médecin référent (limitation du nombre d'entrées et transferts ...)
3. Rappel sur l'importance de la traçabilité des données médicales et paramédicales
4. Préciser sur les patients précaires si une réanimation doit être réalisée (à noter au niveau des observations médicales) et/ou directives anticipées claires

Quelques références sur les directives anticipées

- [Rédiger ses directives anticipées](#) – Ministère de la santé et de la prévention
- [HAS - Les directives anticipées](#) – Guide pour le grand public - Octobre 2016
- [Fin de vie et directives anticipées](#) – Fiche santé info droits pratiques élaborée par France Assos Santé
- [Directives anticipées Bande Dessinée](#) – Santé BD

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non ou à la fin de votre vie, vous pouvez exprimer vos souhaits sur la mise en route ou l'arrêt de réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, sur le maintien artificiel de vos fonctions vitales et sur vos attentes. Vous pouvez en parler à votre médecin pour qu'il vous aide dans votre démarche.

Vous pouvez aborder ce que vous jugez important dans votre vie, vos valeurs, vos convictions, vos préférences, mais également les conditions dont vous espérez pouvoir bénéficier au moment de la fin de votre vie (présence de personnes auxquelles vous tenez, accompagnement spirituel éventuel, lieu de fin de vie ...).

Vous pouvez rédiger ces directives sur un simple papier ou à l'aide d'un formulaire.

Modèle de formulaire :

[Formulaire de directives anticipées - HAS](#)

Vous pouvez également les renseigner sur [Mon Espace Santé](#) dans votre dossier médical partagé (DMP) en allant sur l'icône Profil Médical, puis entourage et volontés (vous pouvez également désigner dans cet espace votre personne de confiance).

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

EN RÉSUMÉ



01 Qui peut les rédiger ?

Toute personne majeure a le droit de les écrire, quelle que soit sa situation personnelle.

En cas de mesure de tutelle, l'autorisation du juge ou du conseil de famille est nécessaire.

Il n'y a pas d'obligation de les rédiger.



02 Quand les rédiger ?

Vous pouvez les rédiger à n'importe quel moment de votre vie, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. Elles sont valables sans limite de temps, mais vous pouvez les modifier totalement, partiellement ou les annuler à tout moment : dans ce cas, il est nécessaire de le faire par écrit.



03 Comment les rédiger ?

Vous pouvez écrire vos directives anticipées à l'aide d'un formulaire, ou sur simple papier qu'il faut dater et signer. Il n'y a pas besoin de témoin.

Si vous ne pouvez pas les écrire, demandez à quelqu'un de le faire devant vous et devant deux témoins. L'un d'eux doit être votre personne de confiance si vous l'avez désignée.



04 Pourquoi les rédiger ?

Les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si un jour vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer dans certaines situations particulières : accident ou événement aigu, aggravation d'une maladie grave. Leur rédaction peut être l'occasion de créer un dialogue sur vos souhaits en matière de fin de vie, et de désigner une personne de confiance.

N.B : tant que vous serez capable d'exprimer vous-même votre volonté, vos directives anticipées ne seront pas consultées.



05 Quel est leur contenu ?

Vous pouvez exprimer par avance votre volonté de refuser ou de poursuivre, de limiter ou d'arrêter des traitements y compris de maintien artificiel de la vie ou de bénéficier d'une sédation profonde et continue.

Ces décisions seront mises en oeuvre à l'issue d'une décision collégiale.

Ces directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera votre parole, si celle-ci devenait impossible.