

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Décès lié à une bactériémie nosocomiale à SARM à point de départ périphérique

MOTS CLES

Bactériémie, SARM, voie veineuse périphérique, CVP, analyse approfondie des causes, décès.

CPIAS NA

Période de survenue : 2017

POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE

Une infection locale sur voie veineuse périphérique peut se compliquer, chez un patient fragilisé, d'un sepsis et conduire au décès. Il est donc capital d'assurer une pose et une surveillance optimale des voies veineuses périphériques en tout lieu et pour tout patient.

CONTEXTE

✦ Description chronologique de l'évènement

Un patient de 87 ans diabétique avec antécédents d'insuffisance rénale chronique, de BPCO et d'hypertension arrive aux urgences pour des douleurs thoraciques. L'examen note une bradycardie et une hyperkaliémie. Dans un premier temps une voie veineuse périphérique (VVP) est posée aux urgences et le patient est transféré rapidement en cardiologie. Le lendemain dans la nuit, il présente un bras rouge et chaud à l'insertion de VVP entraînant son retrait. A J2 le patient a de la fièvre un prélèvement pour l'hémoculture est effectué. A J3 le laboratoire suspecte un SARM et une antibiothérapie probabiliste est débutée. A J4, le traitement est réadapté après avis de l'infectiologue et le patient est placé en précautions complémentaires contact. A J5, le laboratoire confirme le caractère résistant de la souche. L'état clinique du patient se dégrade cependant avec la survenue d'une défaillance rénale conduisant malheureusement à son décès 7 jours après son admission.

✦ Investigations

Analyse approfondie des causes de l'évènement.

✦ Hypothèse et mécanisme de transmission

Contamination lors de la pose ou de la manipulation de la voie veineuse périphérique par les soignants.

✦ Évènements similaires

Toutes les bactériémies acquises à SARM signalées au Cpias Nouvelle-Aquitaine ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes. Majoritairement, les écarts constatés avant la survenue de l'infection concernaient l'asepsie lors de la pose ou de la gestion d'un abord vasculaire.

✦ Circonstances et causes immédiates pour cet épisode

- Non-respect du protocole de pose et surveillance des VVP aux urgences.
- Pas de traçabilité et/ou de la surveillance ni des changements de cathéters sur l'outil informatique.
- Hygiène des mains insuffisante pour les deux services, B- de l'objectif ICSHA 3.

✦ Causes latentes

- Equipe considérant toute pose de voie périphérique comme une urgence alors que ce n'était pas le cas.
- Equipe considérant la surveillance des cathéters comme trop administrative et chronophage.
- Méconnaissance des moments incontournables pour l'hygiène des mains pour plusieurs professionnels.

Facteurs favorisant	Observations	Actions d'amélioration (en gras : actions prioritées)
Patient	87 ans, multiples comorbidités, arrivé en urgences pour douleurs thoraciques.	-
Equipe	Effectif complet, qualification et encadrement conformes.	-
Pratiques	Non-respect du protocole de pose et de surveillance du CVP aux urgences : temps d'antisepsie réduit par une équipe qui considérait toute pose de dispositif comme un acte urgent et réduisait les temps d'antisepsie. Pas de changement des voies veineuses périphériques systématique en cardiologie (voies posées dans des conditions dégradées ou toutes les 96h). Méconnaissance ou banalisation du risque. Hygiène des mains insuffisante aux urgences et en cardiologie. Méconnaissance des moments incontournables pour l'hygiène des mains.	Rappel de ce qu'est une situation urgente, remise à niveau sur la pose et la gestion des CVP, avec affiche de rappel dans le service des urgences Rappel à l'équipe de cardiologie des bonnes pratiques de gestion des cathéters. Présentation des résultats de l'audit opportunités hygiène des mains et échange avec les équipes sur les moments clés de l'hygiène des mains.
Environnement de travail	Protocole de pose et de gestion des voies veineuses périphériques existant, accessible et réactualisé en 2015. Pas de traçabilité du changement veineux et du site de pose. Equipe considérant la surveillance des cathéters comme trop administrative et chronophage (plusieurs pages à ouvrir potentiellement pour tracer la surveillance et la pose).	- Simplification de la surveillance informatique (traçabilité à faire uniquement sur l'onglet « pancarte »).
Organisation	A la découverte de l'infection, pas d'écart constaté concernant la gestion de cette infection (prise en charge rapide, recours à l'infectiologue, adaptation de l'antibiothérapie). Mise en place des précautions complémentaires contacts retardée par méconnaissance des bonnes pratiques de la part des médecins de cardiologie.	- Rappel des indications de précautions complémentaires fait aux médecins du service.

Interrégion

Interface Cpias – établissement	Appui du Cpias et échanges concernant le cas et la stratégie d'analyse des causes
---------------------------------	---

REFERENCES

- ✘ SF2H Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique, Mai 2016.
- ✘ SF2H. Pose et entretien des cathéters veineux périphériques (CVP), critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007, 20 pages.
- ✘ LE POPI 2012 - 11^e édition - Maladies infectieuses et tropicales - Guide de traitement - Référence pour une bonne pratique médicale.
- ✘ Réseau Cpias. Outil d'aide à l'analyse des causes des bactériémies nosocomiales acquises à SARM. 2015. <http://www.cpias.fr/ES/gestiondesrisques/analysedescauses.html>