Fiche RETEX
Non-conformité dans l'indication du délai de transfert d'un patient

N°34 • Août 2025

Thématique

Défaut dans l'indication du délai de transfert d'un patient

Catégorie

Sanitaire : Chirurgie

Résumé de l'EIGS

Un patient est opéré dans un établissement de référence en chirurgie vasculaire pour une ischémie critique au niveau de son pied droit. Une infection post-opératoire survient dans les suites de son intervention nécessitant une reprise chirurgicale, une antibiothérapie adaptée et la pose de pansements à pression négative afin d'accélérer la cicatrisation des plaies.

Une fois son état vasculaire et infectieux stabilisé, un transfert est envisagé pour rapprochement familial vers un centre hospitalier local, proche du domicile du patient. Cependant, une fois son transfert effectué, des complications inattendues vont se produire, entrainant des difficultés dans sa prise en charge.

Le patient décèdera avant son retour vers le centre de référence pour la prise en charge de ces complications.

Chronologie des faits

L'évènement concerne un patient de plus de 70 ans, aux lourds antécédents (polyvasculaire, amputation transfémorale gauche, insuffisant rénal dialysé trois fois par semaine …).

Ce patient est pris en charge par un centre hospitalier (établissement de référence en vasculaire) pour la prise en charge d'une ischémie critique avec troubles trophiques à type de nécrose humide au niveau de son pied droit. Il est opéré d'un pontage femoro-poplité bas droit avec thrombectomie d'un ancien pontage prothétique et angioplastie de l'artère poplitée basse associée à une amputation du premier et deuxième rayon à droite. Il est transféré en unité de soins continus (USC) puis en réanimation en post-opératoire devant un état de choc avant son retour en chirurgie vasculaire.

Il est repris au bloc pour une évacuation d'un hématome au niveau du scarpa droit à J+10 post-opératoire et à J+22 pour un parage avec évacuation d'abcès au niveau du scarpa et explantation du pontage et amputation transmétatarsienne droite. Il est traité par antibiothérapie intraveineuse à la suite des résultats positifs à *Serratia Marcesens* et *E.Coli* sur la prothèse et au niveau de l'abcès du scarpa.

Le transfert est organisé entre les 2 établissements, dans un premier temps entre médecins, puis entre cadres afin de déterminer à la fois la date et l'organisation nécessaire à l'arrivée du patient dans le service (matériel nécessaire, organisation des séances de dialyse etc…). Il est décidé de manière conjointe que les les pansements VAC seront remis en place à l'arrivée du patient dans le service, le matériel identique à celui en place dans le CH de référence est commandé.
A son arrivée dans le service, le patient est donc porteur de pansements simples qui sont renforcés à la demande du chirurgien. La patient et sa famille font part aux soignants de leur mécontentement car le patient pensait être transféré dans un service de rééducation. La séance de dialyse est organisée pour le lendemain avec commande d'une ambulance couchée, la pose des pansements VAC est prévue au bloc à son retour de dialyse. Le traitement habituel du patient est prescrit par le chirurgien avec ajout de Calciparine sous-cutanée toutes les 8 heures en remplacement de la Coumadine (suspendue en vue du geste).

La séance de dialyse se déroule sans particularité. La pose de pansement VAC est faite au bloc en fin de journée par le chirurgien général qui constate 4 plaies : une au niveau de l'aine, une au niveau du canal de Hunter, une au niveau du mollet et une au pied. Les plaies du mollet et du pied sont propres et ne nécessitent pas la pose de pansements à pression négative contrairement à la cuisse et à l'aine. Le changement des pansements VAC est prévu au bloc 4 jours plus tard. L'intervention se déroule sans difficulté mais au retour en chambre, le patient interpelle une IDE qui se trouve dans le couloir pour signaler un saignement au niveau de son pansement. Elle constate un saignement important (mare de sang constatée sous le lit) et appelle sa collègue IDE en renfort. Une des deux IDE réalise une compression fémorale pendant que l'autre organise la gestion de l'urgence immédiate (chariot d'urgence ramené en chambre, appel du bloc opératoire pour la reprise, commande de 2 culots de sang etc..).

Le patient est repris au bloc opératoire par le chirurgien général avec le renfort d'un chirurgien vasculaire. Une brèche sur le pontage est observée. La chirurgienne vasculaire referme la brèche. La qualité des tissus est précaire, le risque hémorragique est accru.

La chirurgienne vasculaire appelle pendant l'intervention son confrère du CH de référence. Les chirurgiens s'accordent : la chirurgienne vasculaire ligature le pontage, le patient sera transféré dans les plus brefs délais dans le CH de référence afin de refaire le point avec le patient et sa famille.

Administration de 2 CGR. Le patient est transféré en USC pour sa surveillance. Le transfert vers le CH de référence doit être organisé le lendemain. La famille est informée de la ligature du pontage et du transfert dans les prochains jours vers le CH de référence. Dans la nuit suivant sa reprise en urgence, l'état du patient se dégrade (tachycardie qui se normalise après l'administration d'un traitement prescrit par le MAR de garde).

Durant la séance de dialyse du lendemain, le patient présente une hypotension persistante pendant toute la séance, ainsi que l'administration d'oxygène. Il est scopé pour assurer la surveillance de ses paramètres durant la séance. La séance de dialyse est écourtée par rapport à son hypotension et l'apparition de douleurs abdominales. Le patient est mieux après le débranchement. Retour en USC après la séance de dialyse en attendant son transfert. Le bilan sanguin prélevé au branchement retrouve une hémoglobine 9.5 ainsi que des leucocytes en nette augmentation. Le néphrologue est informé.
Le MAR trace dans les transmissions son appel : après avoir contacté la chirurgie vasculaire du CH de référence, le patient a été programmé en consultation dans 4 jours. Il est nécessaire de réaliser un scanner avec injection pour voir l'état du pontage. L'aspect du mollet est froid et violet, sans circulation efficace du fait de la fermeture du pontage la veille évolue vers la gangrène. La question d'une amputation avant la consultation au CH de référence se pose. Le patient est informé par le chirurgien.

Le patient reste en USC jusqu'en milieu d'après-midi. Il refuse l'amputation. Le MAR informe le chirurgien de l'INR.
Les filles du patient rencontrent le chirurgien en USC, on leur présente l'aspect de la jambe et on leur explique que l'amputation est la seule solution réalisable par le CH de proximité. On insiste pour faire l'amputation avant le rendez-vous. Après 1h30 de discussion, elles arrivent à le convaincre de se faire opérer. Le bloc est prévu le lendemain après correction de la coagulation afin d'éviter un saignement catastrophique.

Le patient est transféré en chirurgie en milieu d'après-midi, il prend son repas à 18h et est retrouvé décédé dans son lit à 21h.
Le certificat de décès est signé par le chirurgien et prévient la famille.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	**Méthodologie de la recherche des causes profondes**
Il s'agit d'un EIGS car l'évènement est inattendu dans le cadre de ce type de prise en charge et associé aux soins car l'organisation du transfert vers le CH de référence a été défaillante	ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Défaut dans l'indication de délai de transfert d'un patient comorbide en chirurgie vasculaire

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : lourds antécédents cardiovasculaires, patient dialysé
- État de santé : patient vulnérable
- Traitements : patient sous Coumadine pour une fibrillation atriale

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Définition des tâches : coordination concernant les transferts entre clinique et CH, courrier de transfert non consulté par l'ensemble des acteurs à la clinique malgré la check-list de sortie vérifiée au CH (ordonnance retrouvée)
- Planification des tâches : rendez-vous tardif après la ligature du pontage : pas de caractère d'urgence du transfert mais manque de prise en charge adaptée et réactive à la demande des chirurgiens de la clinique

Facteurs liés à l'équipe

- Communication vers le patient et son entourage : le patient et la famille pensent qu'il est transféré en SMR : probable incompréhension du patient et de sa famille dans le circuit de prise en charge : importance de la traçabilité écrite de ses directives
- Informations écrites : l'ensemble des documents de transfert n'a pas été accessible par l'ensemble des acteurs

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

<u>Barrière de prévention :</u>

- Check-list de sortie du CHU
- Vérification des éléments médicaux à l'accueil du patient dans le CH de proximité

<u>Barrière de récupération :</u>

- Prise en charge chirurgicale multidisciplinaire en urgence au bloc du CH de proximité

<u>Barrière d'atténuation :</u>

- Transfert post-ligature du pontage sur un délai d'urgence différée (délai supérieur à 48 heures)

Enseignements : Actions d’amélioration

1. Audit des check-list de sortie de chirurgie vasculaire et notamment des courriers de sortie pour le CH de référence
2. Révision des indications de prise en charge des patients en urgence (signes de gravité) en priorisant la disponibilité des lits pour le CH de référence
3. Mise en place d’une vérification des éléments médicaux (courrier et ordonnances) à l’accueil des patients y compris en urgence pour le CH de proximité
4. Traçabilité des appels sur les transferts des patients entre CH de référence et CH de proximité sur les dossiers de soins

Mémo

Structure Régionale d'Appui Grand Est

Les erreurs à éviter lors d'un transfert de patient dans un autre établissement



Manque d'anticipation du transfert

- Transfert décidé en urgence sans coordination préalable
- Absence de planification avec l'établissement d'accueil
- Non-respect des délais pour organiser le transport ou la place disponible

Communication incomplète ou tardive

- Lettre de liaison absente, incomplète ou tardive
- Informations médicales, sociales ou administratives manquantes
- Non-transmission des traitements en cours ou des allergies connues





Défaut de conciliation médicamenteuse

- Médicaments oubliés, doublons ou interactions non identifiées
- Absence de vérification entre les traitements avant et après le transfert
- Mauvaise compréhension du traitement par le patient ou par les soignants

Non-respect du consentement du patient

- Transfert imposé sans information claire ni recueil du consentement
- Patient ou famille non informée des raisons, modalités ou destination
- Absence de prise en compte des souhaits du patient (ex : lieu de vie, proximité familiale)





Coordination inter-établissements insuffisante

- Pas de contact direct entre les équipes médicales ou soignantes (laisser les coordonnées de l'équipe soignante)
- Absence de référent identifié pour le suivi du transfert
- Mauvaise gestion des documents administratifs ou de la logistique

Rupture de la continuité des soins

- Soins interrompus ou modifiés sans justification
- Suivi post-transfert non-organisé (ex : rendez-vous, examens)
- Absence de relais avec le médecin traitant ou les intervenants à domicile



Source :
Article HAS : Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient
Article HAS : Sortie du patient hospitalisé - Outil d'amélioration des pratiques

©Structure Régionale d'Appui Grand Est - 2025