



Une rubrique d'analyse de cas pour comprendre les erreurs survenues lors des soins et apprendre pour la sécurité des patients

Un lever trop précoce

J.-L. Quenon¹, P. Michel¹, R. Salmi², B. Loulière³ pour le groupe de travail de la formation action CCRéSSA

1- Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), Pessac

2- Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Bordeaux

3- Commission consultative régionale de sécurité sanitaire d'Aquitaine (CCRéSSA)

✉ **Dr Jean-Luc Quenon**

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac cedex
E-mail : jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr

La kinésithérapie est souvent utilisée en milieu hospitalier, en particulier après chirurgie orthopédique. La fréquence des complications associées à la kinésithérapie est mal connue. Les compagnies d'assurances fournissent des données intéressantes sur le risque des professions de santé. En 2005, les 17 427 masseurs-kinésithérapeutes du Sou Médical – Groupe MACSF ont adressé 71 déclarations, soit une sinistralité de 0,4 % (1). Les risques les plus fréquents étaient des chutes (n=28), des brûlures au cours de divers traitements de rééducation (n=14), la contestation de la qualité des soins délivrés (n=10). Nous présentons dans cet article un cas de désolidarisation du matériel d'ostéosynthèse survenu au décours d'un acte de kinésithérapie pratiqué après traitement chirurgical d'une fracture de la jambe, identifié lors d'une étude pilote sur l'estimation du risque iatrogène dans les établissements de santé (projet ERI), réalisée en Aquitaine en 2002 (2).

La méthode d'analyse approfondie des causes utilisée

La méthode retenue était basée sur les méthodes déjà utilisées dans le domaine de la santé qui reposent sur le modèle de l'erreur humaine développé par JAMES REASON (3-6). Ce modèle conceptuel montre que la plupart des causes profondes des accidents graves dans les technologies complexes sont présentes dans le système longtemps avant qu'une séquence accidentelle évidente puisse être identifiée. Certaines de ces défaillances (au niveau de l'individu, de l'équipe, des tâches, des conditions de travail, de l'organisation, de l'institution) peuvent être repérées et corrigées par ceux qui dirigent, entretiennent ou conduisent le système en question.

La collecte des données a été réalisée par un entretien individuel avec les professionnels concernés par les soins, puis un entretien collectif avec le groupe de travail de l'établissement. Les analyses des événements indésirables se sont

déroulées pendant l'hospitalisation des patients. Cela a permis d'éviter des biais d'information liés à des problèmes de mémoire ou de traçabilité dans le dossier du patient. L'outil support de collecte comprenait les données démographiques et médicales du patient, la description de l'événement, la recherche de défaillances actives, des défaillances latentes et le jugement de l'évitabilité. Les résultats de l'analyse de ce cas ont été ensuite présentés en utilisant une grille d'analyse des événements iatrogènes élaborée par un groupe de travail coordonné par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) dans le cadre d'une formation/action des professionnels de santé à la sécurité sanitaire, dont le promoteur était la Commission consultative régionale de sécurité sanitaire d'Aquitaine (CCRéSSA). Cette fiche a été conçue à partir des outils proposés par la *National Patient Safety Agency* (Royaume-Uni) et la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (USA).

Présentation du cas selon la grille d'analyse conçue par un groupe de travail de la CCRéSSA

1- Qu'est-il arrivé (description de l'événement)?

Aspects cliniques ou techniques
Lieu et temps
Conséquences

Une patiente de 62 ans est hospitalisée pour une fracture de la jambe consécutive à une chute. Elle est opérée avec une ostéosynthèse par plaque fixée avec des vis. Le lendemain de l'intervention chirurgicale, le kinésithérapeute la fait se lever pour commencer la rééducation. Ce lever précoce entraîne une désolidarisation du matériel avec torsion de la plaque, et nécessitera une intervention chirurgicale pour une nouvelle ostéosynthèse. La patiente ne veut plus revoir le kinésithérapeute. Cet événement a entraîné une déstabilisation de l'équipe et un climat de suspicion des uns envers les autres sur la responsabilité plus ou moins partagée de cet événement.

2- Comment l'événement est-il survenu (circonstances et causes immédiates)?

Facteurs humains
Facteurs matériels
Facteurs d'environnement

L'accident a eu lieu un samedi. La cause immédiate est une erreur du kinésithérapeute. Celui-ci, pressé ce jour-là, ne s'est pas informé de la situation de la patiente et n'a pas vu les consignes laissées par le chirurgien.

3- Quelles étaient les causes latentes (cibles potentielles d'action)? (Annexe 1)

Cette erreur du kinésithérapeute a été possible car le kinésithérapeute était surchargé de travail et n'a pas pris le temps de consulter les informations disponibles sur les soins à réaliser dans le dossier patient et de s'entretenir

avec l'équipe soignante du service. La patiente n'avait pas reçu d'information précise sur le déroulement du geste chirurgical et les soins post-opératoires, en particulier de rééducation, la rendant très coopérante et sans réticence à ce lever précoce.

Le chirurgien, peu disponible, n'a pas alerté l'équipe soignante et le kinésithérapeute sur la fragilité de cette ostéosynthèse liée à la fracture et au matériel utilisé.

Les infirmières présentes ce jour-là n'étaient pas celles travaillant habituellement en chirurgie.

Faute de place disponible en orthopédie, la patiente a été placée dans un autre service de chirurgie.

4- Analyse chronologique d'un événement iatrogène

Séquence des événements	Défaillances constatées	Barrières prévues qui ont sauté	Barrières qui auraient pu exister
Aucun lit n'était disponible dans le service d'orthopédie, aussi la patiente a été hospitalisée dans un service de chirurgie générale (chirurgie digestive et vasculaire principalement).	<ul style="list-style-type: none"> Défaut d'organisation des ressources Patient placé dans un service avec une moindre expertise en orthopédie 		<ul style="list-style-type: none"> Procédures d'accueil et de transfert des urgences Déplacement de patients stabilisés dans un autre service Transfert éventuel des patients les plus graves vers un centre spécialisé
La seule information disponible concernant les soins de kinésithérapie, une note écrite, ne figurait pas dans le dossier patient.	Perte d'information concernant les soins post-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> Prescription des soins post-opératoires dans le dossier patient Transmission des informations à l'équipe soignante 	Support spécifique de prescription des soins de kinésithérapie
Le kinésithérapeute avait une charge de travail élevée car le samedi, il est souvent le seul kinésithérapeute à exercer. De plus, il travaille dans plusieurs établissements.	<ul style="list-style-type: none"> Défaut d'organisation des ressources Défaut de planification des soins 	Gestion des ressources humaines	Planning prévisionnel des soins de kinésithérapie
Les infirmières déplacées de leur service d'origine ne connaissaient pas les malades du service de chirurgie générale. Les transmissions entre équipes d'infirmières n'ont pas été suffisantes pour les alerter sur la nécessité de voir le kinésithérapeute avant qu'il débute les soins dans le service. Elles n'avaient pas vu le chirurgien, ni reçu d'instruction particulière du chirurgien.	<ul style="list-style-type: none"> Défaut d'organisation des ressources humaines Communication insuffisante entre professionnels et entre services (bloc opératoire – service de chirurgie) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des ressources humaines Transmission d'information insuffisante lors du changement d'équipes d'infirmières Déplacement du chirurgien dans le service après son activité opératoire, pour organiser le suivi post-opératoire Recherche d'informations par les infirmières par consultation du dossier patient et du chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe d'infirmières polyvalentes Protocoles de prise en charge de patients hospitalisés dans un service d'accueil non spécialisé
Le kinésithérapeute n'a pas consulté le dossier patient.	Insuffisance d'informations cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Conditions de travail adaptées Recherche d'informations par le kinésithérapeute 	Procédures de transmission des informations pour les soins dispensés par des vacataires
La patiente accepte de se lever comme lui indique le kinésithérapeute car elle n'avait pas été informée du déroulement de l'intervention et des soins post-opératoires.	Défaut de communication professionnel - patient	Information de la patiente en pré-et post-opératoire	
Le chirurgien lui indique que cet accident est dû à la fragilité de l'ostéosynthèse et à une erreur du kinésithérapeute qui n'a pas suivi ses instructions. Il est nécessaire de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale.	<ul style="list-style-type: none"> Transfert de responsabilité sur un autre professionnel Absence d'analyse des causes latentes de l'événement 	Management de l'équipe (relations entre professionnels, esprit d'équipe)	Revue systématique des événements indésirables graves
Cet accident médical et les informations données à la patiente ne sont pas clairement notés dans le dossier médical.	Manque d'information, défaut de traçabilité	Documentation systématique des événements médicaux et de l'information délivrée aux patients	<ul style="list-style-type: none"> Retour d'expérience Système de signalement des événements indésirables

5 – Quelles actions envisager ? Quelles actions mettre en œuvre rapidement ?

Défaillances constatées	Barrières		Actions discutées (en gras : jugées réalisables)
	prévues qui ont sauté	qui auraient pu exister	
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'organisation des ressources • Patient placé dans un service avec une moindre expertise en orthopédie 		<ul style="list-style-type: none"> • Procédures d'accueil et de transfert des patients arrivant en urgence • Déplacement de patients stabilisés dans un autre service • Transfert éventuel des patients les plus graves vers un centre spécialisé 	Définir des règles d'accueil ou de transfert des patients arrivant en urgence lorsque tous les lits de la spécialité sont occupés
Perte d'information concernant les soins post-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription des soins post-opératoires dans le dossier patient • Transmission des informations à l'équipe soignante 	Support spécifique de prescription des soins de kinésithérapie	Définir des règles pour la prescription des soins post-opératoires (support de prescription, archivage)
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'organisation des ressources • Défaut de planification des soins 	Gestion des ressources humaines	Planning prévisionnel des soins de kinésithérapie	Tenir un planning des soins de kinésithérapie
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'organisation des ressources humaines • Communication insuffisante entre professionnels et entre services (bloc opératoire – service de chirurgie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des ressources humaines • Transmission d'information insuffisante lors du changement d'équipes d'infirmières • Déplacement du chirurgien dans le service après son activité opératoire, pour organiser le suivi post-opératoire • Recherche d'informations par les infirmières par consultation du dossier patient et du chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe d'infirmières polyvalentes • Protocoles de prise en charge de patients hospitalisés dans un service d'accueil non spécialisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer une équipe d'infirmières remplaçantes • Définir des règles de transmission des informations entre professionnels et services (urgences - bloc opératoire - service d'hospitalisation) • Créer un dossier patient unique (et informatisé)
Insuffisance d'informations cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail adaptées • Recherche d'informations par le kinésithérapeute 	Procédures de transmission des informations pour les soins dispensés par des vacataires	Définir des règles de tenue et d'accès aux dossiers patients
Défaut de communication professionnel – patient	Information de la patiente en pré et post-opératoire		<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une veille réglementaire (loi du 4 mars 2002), rappel des obligations • Diffuser les recommandations de l'Anaes concernant l'information des patients
<ul style="list-style-type: none"> • Transfert de responsabilité sur un autre professionnel • Absence d'analyse des causes latentes de l'événement 	Management de l'équipe	Revue systématique des événements indésirables graves	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des règles pour la gestion de crise (responsabilités, communication ...) • Mettre en place un système de retour d'expérience
Manque d'information, défaut de traçabilité	Documentation systématique des événements médicaux et de l'information délivrée aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Retour d'expérience • Système de signalement des événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la tenue des dossiers patients et mise en place de mesures correctrices • Mettre en place un système de retour d'expérience

Discussion - Conclusion

En l'absence d'investigation sur les causes profondes qui ont facilité la survenue de l'erreur du kinésithérapeute, la patiente et les professionnels risquent de considérer le kinésithérapeute comme le seul responsable de cet accident. Ceci créera un climat de méfiance préjudiciable au bon fonctionnement du service. L'analyse approfondie permet de s'intéresser aux causes racine qui constituent des terrains pré-existants favorables à la survenue d'erreurs humaines et de défauts de soins. Cela permet de passer d'une approche centrée

sur les erreurs individuelles à une approche systémique mieux acceptée et capable d'apporter des améliorations en profondeur. L'investigation de cet événement souligne l'importance de la transmission d'informations pertinentes entre les différents acteurs d'un soin : équipe chirurgicale, soignants de l'unité de soins et prestataires associés comme le kinésithérapeute. Les défauts de communication sont la cause latente la plus fréquemment identifiée des événements indésirables analysés par la JCAHO aux États-Unis (7). Ces défauts sont favorisés par le cloisonnement

des activités et les vulnérabilités des interfaces lors de transferts de patients, de prise en charge multidisciplinaire mal coordonnée. Les professionnels ne doivent pas rester passifs en cas de doute, mais essayer de rechercher activement les informations manquantes.

La patiente compliant et non informée des soins de rééducation a été « complice » malgré elle de l'événement indésirable. Des efforts doivent être faits pour inciter les patients à poser des questions, à être vigilant sur les soins réalisés, voire à refuser des soins en cas de doute.

L'analyse de cet accident a créé une opportunité pour le groupe de travail de l'établissement d'identifier des vulnérabilités et d'apporter des améliorations qui concerneront l'ensemble des services.

L'utilisation de la grille d'analyse comporte plusieurs avantages. Elle permet de s'assurer que l'investigation a apporté des réponses à toutes les questions importantes et a recherché les différentes causes latentes potentielles, et enfin que les actions d'amélioration sont cohérentes avec les défaillances identifiées. Cet outil a surtout un objectif pédagogique. Il a été utilisé dans quatre séances de formation régionale qui avaient pour but de sensibiliser les professionnels de santé de la région Aquitaine sur l'importance des événements indésirables, sur l'intérêt d'analyser ceux qui ont un potentiel d'évitabilité et sur la nécessité de renforcer la sécurité des soins. Cette démarche de retour d'expérience qui sera présentée dans un prochain article, participe au management des connaissances et des savoir-faire et à la mise en place d'organisations apprenantes (8).

Remerciements à tous les professionnels qui ont participé à l'analyse approfondie des causes de cet événement, au groupe de travail coordonné par l'ISPED, à Rachid Salmi de l'ISPED et à Bertrice Loulière de la CCRéSSA.

Références bibliographiques

- 1- CONSEIL MÉDICAL DU SOU MÉDICAL – GROUPE MACSF. Le risque des professions de santé en 2005. Responsabilité 2006, numéro hors série novembre.
- 2- MICHEL P, QUENON JL, SARASQUETA AM, SCÉMAMA O. L'estimation du risque iatrogène graves dans les établissements de santé en France : les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine. Etudes et Résultats 2003; 219: 1-8.
- 3- VINCENT C, TAYLOR-ADAMS S, CHAPMAN EJ, HEWET D, PRIOR S et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000; 320: 777-781.
- 4- SENTINEL EVENT POLICY AND PROCEDURES REVISED: JULY 2007. Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures/>
- 5- WOLOSZYNOWYCH W, NEALE G, VINCENT C. Case record review of adverse events: a new approach. Qual Saf Health Care 2003; 12: 411-415.
- 6- BAGIAN JP, GOSBEE J, LEE CZ, WILLIAMS L, MCKNIGHT SD, MANOS DM. The Veterans affairs root cause analysis system in action. Jt Comm J Qual Improv 2002; 28(10): 531-545.
- 7- SENTINEL EVENT STATISTICS - March 31, 2007. Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
- 8- QUENON JL, GOTTOT S, EVEILLARD M, PATTE D, BRODIN M. Une méthode de prévention des risques : le retour d'expérience. Technologie et Santé 2002; 48: 45-48.

Annexe 1 - Typologie des causes latentes.

(en gras sont indiquées les causes latentes du cas étudié)

- Facteurs concernant le patient : antécédents, co-morbidité, traitement, **information**...
- Facteurs concernant le personnel impliqué : fonction, **expérience**, formation, état physique et psychologique, **information**...
- Facteurs concernant l'équipe : **composition, communication interne, relations**, information...
- Facteurs concernant la tâche en cours : description, protocoles, **disponibilité d'information**...
- Facteurs concernant l'environnement : locaux, **matériel**, supports d'information, conditions et **organisation du travail**...
- Facteurs concernant l'organisation : structure, encadrement, politique et **culture du risque, systèmes d'information**, moyens...
- Facteurs concernant le contexte institutionnel : réglementaire, économique, social...