



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

Le diable est dans la cloison !

J.-L. Quenon¹, C. Gautier², A. Djihoud¹

1- Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA), Pessac
2- Centre de Coordination de lutte contre les Infections Nosocomiales (C.CLIN) du Sud-Ouest, Bordeaux

✉ **Dr Jean-Luc Quenon**

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

La deuxième procédure d'accréditation des établissements de santé a fait de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) une de ses priorités (1). Plusieurs approches méthodologiques sont possibles pour ce type d'évaluation (2). Pour le management des risques, l'approche par problème est particulièrement intéressante, le problème étudié étant l'exposition à une prise de risque excessive ou à une pratique à risque. Dans le cadre d'une expérimentation régionale visant à aider les établissements de santé aquitains dans leur démarche d'EPP (3), nous avons retenu ce type d'approche pour analyser certains écarts de pratiques. Nous présentons dans cet article, l'analyse effectuée pour un écart de pratiques identifié lors d'un audit ciblé concernant la qualité de l'antibiothérapie prescrite chez un patient atteint d'une infection urinaire acquise en milieu hospitalier.

La méthode d'analyse approfondie d'un écart de pratiques

La méthode retenue est une approche qualitative, celle de l'analyse approfondie des défaillances latentes d'un événement indésirable. Les travaux de J. REASON sur la dynamique de survenue des accidents dans des systèmes industriels complexes constituent le cadre conceptuel de la démarche méthodologique proposée (4-6). Le modèle proposé vise à comprendre les relations entre les différents facteurs ayant conduit à la survenue d'un écart de pratique, en examinant la chaîne des événements ayant mené à ce défaut de soins, les actions des différents acteurs concernés, leurs conditions de travail et le contexte organisationnel. La méthode proposée est basée sur les méthodes utilisées dans le domaine de la santé pour analyser en profondeur les événements indésirables (7-10).

Les écarts de pratiques constatés lors d'un audit clinique ciblé étaient analysés de façon approfondie par des entretiens semi-directifs avec les médecins prescripteurs concernés. L'audit clinique consistait à évaluer la qualité

de l'antibiothérapie des infections urinaires acquises en établissement de santé. L'annexe 1 présente la nature des écarts qui pouvaient faire l'objet d'une analyse pour cette thématique d'audit.

L'analyse était menée par un binôme hygiéniste – pharmacien de l'établissement, aussitôt après son identification.

Plusieurs questions fermées et ouvertes exploraient les défauts de soins afin d'identifier les défaillances latentes contribuant à leur survenue. Ces questions servaient de trame à l'entretien. Le déroulement de l'entretien devait rester flexible pour s'adapter aux différentes situations analysées ; il explorait le point de vue ou la perception des acteurs concernés, en les orientant ou non à l'aide de questions supplémentaires. Les réponses des participants étaient notées sur la grille de recueil des données. Cette grille de recueil comprenait les données démographiques du professionnel de santé rencontré, la description du défaut de soins, la recherche de défaillances latentes (annexe 2) et des moyens de défenses (ceux qui n'ont pas fonctionné et ceux qui étaient absents), la hiérarchisation des défaillances latentes. Les résultats de cette analyse étaient restitués sous la forme d'une fiche de synthèse qui contenait la description du défaut de soins et de ses conséquences, les circonstances, les facteurs contributifs latents, les actions proposées pour éviter la répétition de ce type d'événement.

Les faits

Ce cas est celui d'un homme de 68 ans, avec un diabète non insulino-dépendant, hospitalisé dans un service de soins de suite et de réadaptation après avoir subi une arthroplastie. Ce patient, incontinent, est porteur d'une sonde urinaire. À son admission, un mercredi, ce patient présente une dysurie sans autre signe clinique évocateur d'une infection urinaire.

Le lendemain, un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) est réalisé et adressé à un laboratoire d'analyses médicales privé, partenaire habituel de cet établissement. Deux jours après, le samedi, les résultats de cet examen sont envoyés par télécopie dans un secrétariat de l'établissement habituellement fermé le week-end. Ce résultat est récupéré en fin d'après-midi par un infirmier qui a eu l'opportunité de passer dans le secrétariat et de voir cette télécopie. Le médecin d'astreinte est contacté par téléphone à son domicile. L'infirmier lui lit les résultats de l'examen qui a permis l'identification de deux micro-

Annexe 1 - Nature des écarts de pratiques.



Abstention de traitement à tort

Retard de traitement

Non-conformité du choix de la molécule

Prescription d'une bithérapie non indiquée

Non-prescription d'une bithérapie indiquée

Erreur de voie d'admission

Erreur de posologie

Durée du traitement non appropriée

organismes pathogènes : *E. coli* et *Morganella morganii*. L'infirmier indique également au médecin que l'antibiogramme mentionne que ces deux micro-organismes présentent des caractères de résistance, notamment vis-à-vis d'antibiotiques prescrits usuellement dans le cadre des infections urinaires. Le médecin hésite à prescrire un antibiotique de réserve comme l'imipénème (TIÉNAM®) et propose, en l'absence de signes cliniques d'infection urinaire ce jour, de réaliser le lundi un nouvel examen cytotactériologique des urines. Le lundi, le médecin lit les résultats de l'ECBU adressés par télécopie le samedi et s'aperçoit sur la télécopie difficilement lisible que les micro-organismes sont sensibles au sulfaméthoxazole et triméthoprime (BACTRIM®), une information non communiquée par l'infirmier le samedi. Compte tenu de la reprise de la symptomatologie urinaire, le médecin prescrit alors du BACTRIM®. Les résultats du second ECU sont identiques à ceux du premier. Avec l'antibiothérapie proposée (deux comprimés de BACTRIM FORTE® par jour pendant dix jours), l'évolution clinique sera favorable.

L'analyse approfondie des défaillances latentes

Ce retard de traitement (cinq jours de délai entre la réalisation de l'ECBU et la mise en place du traitement), identifié dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles a fait l'objet d'une analyse approfondie des causes afin d'évaluer le caractère évitable de l'événement et de mettre en place des actions correctrices pour qu'un tel événement ne se renouvelle pas. Elle a été menée par un infirmier hygiéniste et un médecin de l'établissement par entretien avec le prescripteur concerné. Dans cet établissement, les médecins ont élaboré ensemble un protocole pour l'antibiothérapie des infections urinaires. Ce protocole, présenté au COMEDIMS (Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles) est connu des médecins de l'établissement, même s'il n'a pas encore été diffusé auprès de tous les prescripteurs. À la lecture de ce document, il apparaît que ces règles de prescription présentent plusieurs anomalies ou non-conformités au regard des référentiels (Conférence de

consensus sur les infections urinaires nosocomiales de l'adulte, du 27 novembre 2002 (11)) comme :

- l'absence de définition d'une infection urinaire ;
- la recommandation de prescrire en première intention pour des infections urinaires non compliquées des antibiotiques sans attendre les résultats de l'antibiogramme ;
- la recommandation de prescrire des antibiotiques non testés dans les antibiogrammes ou non disponibles à la pharmacie de l'établissement ;
- la prescription d'antibiothérapie pour une durée inadaptée. En pratique, la prescription réalisée a suivi les recommandations locales. L'antibiotique choisi était conforme, cependant la durée de traitement mentionnée n'était pas en accord avec les recommandations nationales. Dans un premier temps, une reconstitution chronologique et détaillée des faits a été réalisée. Les conséquences de l'événement ont été précisées. Dans ce cas, les conséquences ont été une poursuite de la symptomatologie de l'infection urinaire sans traitement, puis une évolution favorable sous antibiothérapie. Cependant, il y avait pour ce patient des risques potentiels graves de bactériémies ou de septicémies, et de déséquilibre du diabète. L'analyse des défaillances latentes fait ressortir des défauts de communication comme principal facteur contributif. Ces défauts concernent la communication entre le laboratoire d'analyses médicales et l'établissement, avec des résultats microbiologiques transmis sur un télécopieur difficilement accessible le week-end, mais aussi la communication entre professionnels de l'établissement. Le laboratoire d'analyses médicales ne transmettait pas habituellement de résultats le samedi, mais suite à un changement de pratiques, certains résultats ont été finalement transmis par télécopie le samedi sans en avertir l'établissement. Il n'y avait pas eu de concertation préalable entre les deux structures sur les modalités de transmission des résultats biologiques le week-end. De plus, sur le plan de l'organisation médicale, il n'était pas prévu de garde le week-end, mais une astreinte. Cette astreinte médicale était organisée en partenariat avec un autre établissement situé dans une autre agglomération, dans une logique de réduction des coûts. Le médecin, à son domicile, se déplaçait seulement à la demande des infirmiers. Aussi, les conditions de travail étaient difficiles, surtout lorsqu'il s'agissait d'un médecin extérieur à l'établissement. Le médecin pouvait être en difficulté s'il ne se déplaçait pas pour apprécier la situation clinique, n'ayant pas toutes les informations médicales utiles à son domicile. La transmission orale d'informations peut être une source d'erreurs, en particulier lors de la lecture et de l'interprétation de résultats d'examen. Le médecin peut également être amené à faire des prescriptions orales, qui sont des sources d'erreurs bien connues dans le circuit du médicament.

Chacune des défaillances latentes identifiées a été considérée par le médecin concerné comme faiblement associée à la survenue de cet événement indésirable.

Les actions correctrices proposées localement

À l'issue de l'analyse approfondie, le médecin a remis en cause ses pratiques et proposé une révision du référentiel local et une meilleure gestion de la récupération des résultats. Il a proposé en particulier que l'établissement achète des télécopieurs pour les salles de soins infirmiers et pour chaque médecin participant aux astreintes. Ainsi les résultats seront plus rapidement accessibles le week-end par les infirmiers, les résultats pourront ensuite être envoyés par télécopie au médecin d'astreinte, et ce dernier transmettra à son tour sa prescription écrite par télécopie. L'utilisation du télécopieur crée de nouveaux risques qu'il faudra maîtriser, en s'assurant de l'état de fonctionnement du matériel, de la vigilance des soignants vis-à-vis des transmissions faites (numérotation préenregistrée, consultation régulière de l'état de transmission ou de réception, lisibilité des documents), du respect de la confidentialité des informations communiquées. Si les actions proposées par les professionnels de l'établissement apportent des réponses immédiates aux problèmes rencontrés, elles n'agissent pas à la source des situations dangereuses créées par l'organisation des soins le week-end. Aussi, d'autres actions correctrices ont été proposées par le CCECQA afin de sécuriser la prise en charge des patients le week-end :

- une mise au point avec le responsable du laboratoire d'analyses médicales pour redéfinir les modalités de

transmission des résultats (horaire, numéro de télécopieur à utiliser), et rediscuter de la liste des antibiotiques à tester pour les antibiogrammes réalisés en cas d'urocultures positives ;

- une réorganisation de la permanence médicale le week-end, avec un médecin d'astreinte pour chaque établissement, ce qui facilitera l'intervention lors d'urgence, grâce à une meilleure proximité et une meilleure connaissance des patients, des pratiques et des contraintes locales. Il faut également prévoir, même en l'absence d'appel d'un infirmier, le passage systématique du médecin d'astreinte le week-end afin de s'assurer qu'aucune situation clinique ne nécessite son intervention, et qu'il puisse consulter les résultats biologiques transmis le week-end. Cela permettra d'améliorer l'évaluation clinique, le patient pouvant être examiné et le dossier patient consulté, mais aussi d'éviter des prescriptions orales.

Discussion - Conclusion

Cet événement souligne l'importance de la communication, en particulier lorsque le fonctionnement est en mode dégradé, comme souvent le week-end, avec moins de personnel, la présence de personnel connaissant moins bien les patients (personnel intérimaire, médecin de garde ne faisant pas partie de l'équipe médicale habituelle), un plateau technique moins disponible. L'organisation des gardes, la définition des responsabilités et des tâches, la disponibilité du matériel, la possibilité de

Annexe 2 - Défaillances latentes recherchées lors des entretiens.

Facteurs liés aux patients

- Quelle était la gravité de la situation clinique du patient ?
- Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient ?
- Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient ?

Facteurs liés au soignant

- Quel est votre domaine de compétences et le nombre d'années d'expérience dans ce domaine ?
- Connaissez-vous les recommandations existantes pour le traitement des infections urinaires ?
- Quels sont, selon vous, les principes importants à respecter lors du traitement antibiotique des infections urinaires ?

Facteurs liés aux tâches

- Dans votre pratique, certains de ces principes sont-ils difficiles à appliquer ?
- Pourquoi pensez-vous que certains de ces principes importants, comme (écarts constatés) ne sont pas respectés ?
- Pouvez-vous décrire comment s'est déroulée la prescription d'antibiotiques pour ce patient ?

- Disposez-vous de recommandations locales pour le traitement de ces infections ? Sont-elles adaptées, compréhensibles ? Sont-elles facilement accessibles ?
- Disposez-vous des informations cliniques nécessaires, des résultats des examens complémentaires ?
- Avez-vous accès facilement aux informations nécessaires sur les médicaments ? Pouvez-vous rechercher facilement de l'aide auprès d'un autre professionnel (réfèrent en antibiothérapie, autre médecin, pharmacien) ?

Facteurs liés à l'environnement

- Le support de prescription est-il adapté ?
- Les médicaments disponibles dans l'établissement sont-ils adaptés à ce type de situation clinique ?
- Les conditions de travail étaient-elles difficiles ?

Facteurs liés à l'organisation

- Est-ce qu'il y a une limitation trop restrictive de la prise de décision ?
- Est-ce qu'il y a une mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?
- Considérez-vous qu'il s'agit d'un défaut d'adaptation à une situation imprévue ?

rechercher de l'aide auprès d'autres professionnels en cas de difficultés deviennent alors essentielles à la sécurité des soins. Heureusement, les dysfonctionnements constatés ont eu des conséquences modérées et l'événement a été récupéré dans de bonnes conditions. Les professionnels ont su s'adapter car ce n'était pas une situation imprévue, mais un mode de fonctionnement habituel, connu, et non identifié encore comme vraiment dangereux car aucun événement indésirable grave n'était survenu. Cet écart de pratique, identifié lors d'un audit clinique, a servi d'événement sentinelle alertant sur une organisation des soins en mode dégradé le week-end. Son analyse approfondie a montré l'importance de la transmission d'informations pertinentes entre les différents acteurs d'un soin. Les défauts de communication sont la cause latente la plus fréquemment identifiée des événements indésirables analysés par la JCAHO aux États-Unis (12). Attention, comme le rappelle le titre de cet article, le diable est dans la cloison ! En effet, ces défauts sont favorisés par le cloisonnement des activités et les vulnérabilités des interfaces. Ce cas exemplaire en terme de leçons tirées pour la sécurité des soins démontre également la nécessité de s'interroger sur la pertinence des actions correctrices engagées et de s'assurer que ces actions correctrices agissent bien sur l'origine des situations dangereuses, c'est-à-dire sur les terrains favorables à la survenue d'erreurs. L'EPP permet d'identifier des événements indésirables et de ce fait constitue une opportunité pour explorer les défaillances organisationnelles et ainsi mieux cibler les actions correctrices sur les véritables vulnérabilités.

Remerciements à tous les professionnels qui ont participé à l'analyse approfondie de cet événement.

Références bibliographiques

- 1- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Anaes, Paris, Septembre 2004. www.anaes.fr.
- 2- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Paris, HAS/DACEP, juin 2005. www.has-sante.fr
- 3- SAILLOUR-GLÉNISSON F, DAUCOURT V, POURIN C, QUENON JL, DE SARASQUETA AM *et al.* Expérimentation aquitaine de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation (V2). Préparation de la démarche et sélection des établissements et des thématiques d'évaluation. Risques et Qualité 2005; 2(1): 11-15.
- 4- REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-770.
- 5- REASON J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care 1995; 4: 80-89.
- 6- REASON J. Human error. Cambridge, MA, Cambridge University Press, 1990, 316 pages.
- 7- 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.
- 8- SENTINEL EVENT FORMS AND TOOLS. Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Forms/>
- 9- WOLOSZYNOWYCH W, NEALE G, VINCENT C. Case record review of adverse events: a new approach. Qual Saf Health Care 2003; 12: 411-415.
- 10- BAGIAN JP, GOSBEE J, LEE CZ, WILLIAMS L, MCKNIGHT SD, MANNOS DM. The Veterans affairs root cause analysis system in action. Jt Comm J Qual Improv 2002; 28(10): 531-545.
- 11- SPILF, AFU. Conférence de consensus. Infections urinaires nosocomiales. Mercredi 27 novembre 2002, Paris. www.sfm.org/documents/consensus/cc_iun2002.pdf
- 12- SENTINEL EVENT STATISTICS - June 30, 2006. Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>



HEALTH&CO

Voir notre offre d'abonnement couplé en 3^e de couverture