



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

Le transfert d'un patient d'un service à un autre : conséquences de la confrontation entre deux mondes sur la sécurité des soins

A. Vacher^{1,2}, E. Stainmesse¹, N. Amamou¹, G. de Saint Maurice¹, C. Valot², Y. Auroy^{1,2}

1-Hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart.
2-Institut de médecine aérospatiale du service de santé des armées, Brétigny sur Orge.

✉ **Dr Anthony Vacher**

IMASSA - Département de sciences cognitives - BP 73 -
91 223 Brétigny sur Orge cedex
E-mail : vacher.anthony@wanadoo.fr

Le transfert d'un patient d'un service hospitalier à un autre est reconnu comme une période de fragilité pour la continuité des soins, avec un risque important de survenue d'erreur pouvant compromettre la sécurité du patient [1,2]. Le cas clinique présenté ici illustre quelques-unes des difficultés de cette étape cruciale. Un événement indésirable survenu au décours du transfert d'un patient entre le service de réanimation et celui de chirurgie orthopédique a été signalé au gestionnaire de risque de l'hôpital par un médecin anesthésiste-réanimateur. Il s'agit de douleurs ostéo-articulaires non traitées, suite à une interruption durant quatre heures de l'analgésie autocontrôlée par le patient au moyen d'une pompe à morphine.

Une analyse approfondie de cet événement a été réalisée en utilisant le protocole d'analyse des incidents et accidents médicaux ALARM [3]. Cette analyse a été conduite par un binôme médecin - gestionnaire de risque de l'hôpital, avec visites dans les services concernés et entretiens structurés avec les différents acteurs impliqués dans l'événement (infirmières, cadres de soins, médecins).

Cas clinique

Un mardi à 20h00, un patient âgé de 20 ans, initialement pris en charge par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU), est admis au service d'accueil des urgences de l'hôpital pour un polytraumatisme consécutif à une chute de six mètres. Ce patient présente de multiples fractures : fracture vertébrale instable de D12/L1, fracture de la main gauche, du sacrum, du tibia droit et du calcanéum gauche. Il est aussitôt pris en charge au bloc opératoire par l'équipe de neurochirurgie de garde pour une ostéosynthèse du rachis. À l'issue de l'intervention, il est admis dans le service de réanimation pour surveillance de la phase postopératoire immédiate.

Au cours de ce séjour en réanimation, le traitement de ce patient comprend, entre autre, une analgésie débutée au bloc opératoire et poursuivie selon le protocole du service. Elle consiste en une injection intraveineuse systématique de paracétamol 1 g toutes les six heures, une administration de néfopam au pousse-seringue électrique (PSE) en continu à la dose de 80 mg par 24 heures, associées à une analgésie par morphine en pompe PCA (*Patient Control Analgesia*). Ce dispositif permet au patient d'adapter lui-même la demande en morphine à ses besoins. La pompe PCA utilisée dans le service de réanimation est un modèle récent. Il a été décidé que tous les services de l'hôpital seraient équipés de ce modèle. Son emploi nécessite l'emploi de tubulures spécifiques, d'une poche de sérum physiologique d'un volume de 50 ml et d'ampoules de morphine spécifiques de 50 mg/5 ml. Par ailleurs, dans le cadre de la gestion liée à l'implantation de ce nouveau dispositif, la cellule biomédicale de l'hôpital a demandé à ce que tous les personnels infirmiers des différents services reçoivent une formation préalable à son utilisation. Cette formation est dispensée par un représentant du fabricant. Enfin, dans le cadre de son traitement antalgique, ce patient reçoit également de la kétamine par voie intraveineuse administrée par PSE.

Le vendredi, lors de la visite de service du matin à laquelle participent les médecins anesthésistes-réanimateurs, le cadre de soins infirmiers, les infirmières, les aides-soignantes, la secrétaire du service et les agents de service hospitalier, il est décidé de transférer le patient dans le service de chirurgie orthopédique pour la poursuite de sa prise en charge. Au cours de cette visite, il est également décidé d'arrêter son traitement par kétamine au PSE et de poursuivre l'analgésie par la pompe à morphine PCA. L'infirmière en charge de ce patient et qui doit assurer son transfert dans le service de chirurgie orthopédique, n'est pas présente durant cette visite en raison de soins à délivrer à un autre patient. Elle prend les consignes pour le transfert auprès d'une autre infirmière présente lors de la visite.

Par ailleurs, au cours de cette visite, six autres transferts sont planifiés vers d'autres services de l'hôpital pour cette journée du vendredi.

D'un commun accord entre les deux services, il est décidé de transférer le patient en fin de matinée plutôt qu'aux horaires habituels de transfert, à savoir en début d'après-midi. Cela permet à l'équipe de réanimation de répartir

les transferts et au service de chirurgie de gérer l'entrée de ce patient plus tôt dans la journée. Ce transfert est réalisé avec la participation d'une autre infirmière récemment affectée dans le service de réanimation et encore en phase d'intégration. Elle ne maîtrise pas le fonctionnement de ce modèle de pompe PCA et souhaite accompagner l'infirmière pour connaître la nature des transmissions à fournir au service d'orthopédie.

Le service de chirurgie orthopédique n'utilise pas encore le nouveau modèle de pompe PCA, mais un modèle plus ancien, ce qui ne permet pas d'échange des pompes PCA lors du transfert. Avant de quitter le service de réanimation, l'infirmière prend donc la décision de laisser la pompe PCA dans le service de réanimation, après avoir réalisé un bolus de morphine au patient pour compenser cette interruption temporaire d'analgésie. Elle clampé la poche de sérum physiologique contenant la morphine et ferme le robinet trois voies de la tubulure. L'ensemble poche et tubulure est laissé en place pour le transfert avec les deux PSE, contenant l'un le néfopam et l'autre la kétamine.

Dans le service de chirurgie orthopédique, les transmissions sont effectuées entre une infirmière de l'équipe du matin et l'infirmière la plus ancienne du service de réanimation. En raison de l'horaire inhabituel du transfert, le document de synthèse informatisé comprenant les prescriptions médicales n'est pas encore validé par le médecin anesthésiste-réanimateur. Les transmissions sont donc effectuées à l'aide d'une fiche de liaison manuscrite remplie par le cadre de soins infirmiers de réanimation et à destination de son homologue du service de chirurgie orthopédique. Cette fiche de liaison est habituellement faxée avant le transfert et utilisée pour anticiper les besoins nécessaires à l'accueil du patient. L'infirmière de réanimation transmet verbalement à sa collègue du service de chirurgie orthopédique la possibilité de transférer le contenu de la poche de sérum physiologique clampée contenant la morphine dans la pompe PCA du service d'orthopédie pour une reprise plus rapide de l'analgésie.

Le document de synthèse informatisé avec les prescriptions est fourni au service d'orthopédie dans un second temps, vers 12 h 30 alors que l'équipe infirmière du matin effectue ses transmissions au profit de l'équipe d'après-midi.

L'infirmière du service de chirurgie orthopédique de l'équipe d'après-midi, n'ayant pas compris les transmissions de sa collègue de l'équipe du matin et ne connaissant pas le fonctionnement de la tubulure de la pompe PCA utilisée en réanimation, contacte le médecin anesthésiste de garde chargé des prescriptions en orthopédie. Lors de son arrivée à 16 h 30, celui-ci découvre un patient très algique, un PSE de kétamine vide et la poche clampée de sérum physiologique contenant la morphine. L'interruption de l'analgésie par pompe PCA est estimée à quatre heures.

Résultats de l'analyse

Dans cet événement, l'analyse menée selon la méthode ALARM [3] a permis d'identifier deux problèmes liés aux soins :

- un défaut d'analgésie du patient durant près de quatre heures ;
- des transmissions défailtantes lors d'un transfert entre deux services.

Ces deux problèmes associés aux soins sont très étroitement liés et ont donc été analysés ensemble. Les facteurs contributifs à la survenue de ces causes immédiates se répartissent de la façon suivante.

Facteurs liés au patient

Il s'agit d'un patient polytraumatisé après sa chute, anxieux et qui s'exprime peu.

Facteurs individuels relatifs aux personnels de soins impliqués

L'analyse de cet incident ne met en évidence aucune particularité. On ne constate pas un comportement singulier d'individus, mais celui de professionnels normalement qualifiés qui effectuent un travail normal.

Tâche à accomplir

Les transmissions lors du transfert d'un patient d'un service vers un autre constituent un élément crucial pour la continuité des soins [1,2]. Les transmissions écrites nécessitent de disposer d'un dossier complet et clair, ce qui n'était pas le cas ce jour en raison de l'absence du document de synthèse informatisé. Les transmissions orales n'ont pas permis d'éviter la survenue de cet événement. En effet, les consignes fournies par l'infirmière de réanimation ne semblent pas avoir été comprises par celle d'orthopédie. Par ailleurs, pour cette tâche, aucune procédure explicite n'existe pour la continuité de l'analgésie par morphine par pompe PCA lors des transferts au sein de l'établissement. La stratégie d'adaptation observée chez l'infirmière de réanimation représente pour elle le meilleur compromis au moment du transfert de ce patient. Cette pratique permet de conserver la pompe PCA dans le service de réanimation, tout en minimisant le temps sans analgésie dans le service d'aval. L'infirmière du service d'aval n'a plus qu'à transférer la poche de sérum physiologique contenant la morphine dans une pompe PCA classique. Mais cette reprise correcte de l'analgésie est subordonnée à la bonne compréhension de l'infirmière qui accueille le patient ; ce qui n'a pas été le cas au cours de cet événement.

Travail d'équipe

Aucun élément n'a été retrouvé au sein du fonctionnement de chaque service. En revanche, concernant les interactions entre équipes des deux services, l'enquête a permis de mettre en évidence la confrontation de deux mondes différents, avec en particulier un défaut de représentation de la compréhension des infirmières

de chirurgie orthopédique pour l'utilisation des pompes PCA par les infirmières du service de réanimation.

Facteurs liés à l'environnement de travail

On peut souligner comme facteur contributif potentiel, un nombre élevé de transferts ce jour-là en prévision du week-end et l'absence de l'infirmière en charge du patient et de son transfert lors de la visite durant laquelle s'est décidé ce transfert.

Facteurs organisationnels et de gestion

On constate les effets inattendus de l'introduction d'un nouveau dispositif identique pour tous les services de l'hôpital et de l'obligation pour tous les personnels infirmiers de participer à une information préalable à son utilisation. En effet, les nouvelles pompes PCA sont bien présentes dans le service de chirurgie orthopédique, mais ne sont pas utilisées car le personnel infirmier n'a pas encore reçu l'information préalable. Enfin, il convient de signaler l'absence d'un médecin prescripteur permanent dans le service de chirurgie orthopédique, les infirmières devant faire appel au médecin anesthésiste de garde, ce qui a été probablement un facteur contributif au retard dans la remise en route de l'analgésie du patient après son transfert.

Discussion-Conclusion

Les transmissions : un mal nécessaire ou un bien obligatoire ?

Les transmissions sont le terme utilisé pour décrire le transfert de rôle et de responsabilité d'une personne à une autre [2]. Leur objectif principal est d'assurer la continuité des soins, tout en permettant aux équipes soignantes de se succéder [1]. Les transmissions permettent au personnel prenant son poste de se construire une conscience de la situation des patients et de leurs plans de soins dont ils auront la responsabilité. Elles ont par ailleurs des objectifs plus secondaires, mais néanmoins importants, comme la cohésion des équipes, leur entraînement, la formation et le partage des moments difficiles vécus pendant le service [1]. Elles peuvent prendre de multiples formes : transmissions d'infirmière à infirmière, d'interne à interne, de praticien à praticien, à chaque changement d'équipe ou lors du transfert entre deux services ; transmissions interdisciplinaires entre médecin et infirmière d'un même service et vice versa...

Ce transfert de la prise en charge d'un patient d'un professionnel de santé à un autre est reconnu comme un point de vulnérabilité dans le processus de soin, un moment où des informations précieuses peuvent être omises ou transmises de manière confuse [2, 4]. Il a été décrit une grande variabilité des informations fournies durant les transmissions infirmières [5]. Par ailleurs, un certain nombre de publications ont mis en lumière des erreurs médicales résultant d'une communication insuffisante entre praticiens lors des transmissions [1]. Cependant, les transmissions ne doivent pas être per-

çues uniquement comme un moment de fragilité pour la sécurité du patient. Bien au contraire, elles permettent la détection et la récupération d'erreur inhérente à toutes les activités à risque [6,7], mais non perçue par l'équipe précédente [1].

Dans les domaines d'activité complexe et à risque comme l'industrie nucléaire et l'aéronautique, les travaux de recherche ont mis en évidence des éléments importants pour des transmissions sûres et robustes : transmissions verbales face à face et interactives, limitation des interruptions, résumé écrit des événements importants survenus durant le poste, informations toujours présentées dans le même ordre, relecture des informations par le personnel arrivant, éléments abordés au cours des transmissions initiés aussi bien par la personne en charge des responsabilités que par celle qui va la remplacer [1].

Ces éléments paraissent intéressants à transposer dans le système de santé, même si l'application de certains d'entre eux pourrait représenter un défi en raison de l'environnement parfois chaotique dans lequel se déroulent les transmissions et le manque de temps des cliniciens [1,8]. Certains d'entre eux ont été repris par la commission d'accréditation des organisations des établissements de santé aux États-Unis : améliorer l'efficacité des communications entre personnels de santé, standardiser les transmissions, disposer de mises à jour et d'informations précises, limiter les interruptions, inclure un processus de vérification [9].

Sécurité versus résilience ?

Compte tenu de leurs conséquences vitales, les surdosages en morphine sont particulièrement redoutés par les professionnels de santé [10]. L'utilisation de morphine représente donc un risque que le système de santé tente de maîtriser au mieux par la mise en place de défenses. Le suivi d'une séance d'information préalable à l'utilisation de ce nouveau modèle de pompe PCA demandé par la cellule biomédicale de l'hôpital s'inscrit dans le cadre de ces mesures de sécurité. Cependant, cette politique a eu comme conséquence néfaste la non-utilisation des pompes PCA pourtant présentes dans le service. On peut supposer que cette non-utilisation n'aurait sans doute pas été observée quelques années auparavant, avec une hétérogénéité des pompes PCA dans les services qui demandait une adaptabilité des infirmières lors des transferts. Cet exemple illustre les effets déjà décrits dans la littérature d'une amélioration de la sécurité sur la résilience d'un système [11].

Enfin, cet événement signalé par un médecin anesthésiste en dehors du système formel de signalement d'événements indésirables liés aux soins de l'hôpital, illustre l'importance pour le gestionnaire de risques hospitalier de disposer de la confiance des équipes des services hospitaliers et de ses propres canaux d'informations plus informels. Ce signalement semble également témoigner de la mise en place d'une véritable culture de sécurité au sein de l'établissement.

Références bibliographiques

- 1- PATTERSON ES, ROTH EM, WOODS DD, CHOW R, GOMES JO. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for healthcare operations. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 125-132.
- 2- DRACUP K, MORRIS PE. Passing the torch: the challenge of handoffs. *Am J Crit Care* 2008; 17: 95-97.
- 3- VINCENT C, TAYLOR-ADAMS S, CHAPMAN EJ, HEWETT D, PRIOR S, STRANGE P, TIZARD P. Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Ann Fr Anesth* 2002; 21: 509-516.
- 4- ODOM-FORREN J. Accurate patient handoffs: imperative for patient safety. *J Perianesthesia Nursing* 2007; 22: 233-234.
- 5- SHERLOCK C. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nurs Stand* 1995; 9: 33-36.

- 6- REASON J. *Human error*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1990, 318 pages.
- 7- PERROW C. *Normal accidents, living with high-risk technologies*. New York, Basic books, 1984, 386 pages.
- 8- PATTERSON ES. Structuring flexibility : the potential good, bad, and ugly in standardisation of handovers. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 4-5.
- 9- JOINT COMMISSION ON THE ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANISATION. National patient safety goals 2008. <http://www.joint-commission.org>.
- 10- SYED S, PAUL J, HUEFTLEIN M, KAMPF M, MCLEAN R. Morphine overdose from error propagation on an acute pain service. *Can J Anesth* 2006; 53: 586-590.
- 11- AMALBERTI R. Optimum system safety and optimum system resilience: agonistic or antagonistic concepts? *In*: Hollnagel E, Woods DD, Levenson N (Eds). *Resilience engineering. Concepts and precepts*. Hampshire, England, Ashgate Publishing, 2006, 238-256.

Saisie des données :
certains en sont encore à l'âge de plomb.



Scan'X :

1. Scannez
 2. Transférez
 3. Exploitez...
- ...sans fautes, vite.



Scan'X : le logiciel de lecture automatique de documents

permet de scanner et de rentrer en base de données les formulaires, enquêtes, sondages, questionnaires...

2 bis, rue Rochefort - 23000 Guéret
Tél. : 05 55 52 76 00 - www.3si.fr - E.mail : 3si@3si.fr

