

"DEFAUT DE COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE"

par **Bruno FRATTINI**, Cadre Supérieur de Santé IADE – Expert en prévention des risques

- MACSF



Tableaux d'analyse des causes profondes

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.

Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte - Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none">• Le patient est une personne fragile du fait de sa pathologie et du traitement mis en œuvre.• Le patient bénéficie d'un suivi spécifique du fait des risques inhérents à la technique.• La communication avec le patient n'a pas été décrite comme compliquée car il semble avoir toujours compris les informations données, mais il a toujours manifesté des oppositions marquées à accepter les hospitalisations proposées, et ce à 2 reprises...• Son épouse a expliqué après coup que son conjoint était terrorisé à l'idée de rester à l'hôpital. Il n'a jamais perçu l'intérêt d'une hospitalisation puisque personne n'a pu lui expliquer l'intérêt d'une prise en charge en institution.
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none">• Les procédures du LBM précisent bien qu'un résultat pathologique doit être signalé par un appel téléphonique au médecin prescripteur par un biologiste et cette alerte est tracée dans le dossier du patient.• Le médecin biologiste, au vu des résultats très élevés de la glycémie, a pensé que le prélèvement sanguin a été réalisé côté perfusion... Mais il n'a pas pu avoir d'information contradictoire, l'équipe de nuit aux urgences étant partie (absence de levée du doute)...• Les périodes de transmissions sont organisées au sein du service des urgences : 1 par 24 heures pour les médecins (garde de 24 heures -> 8h à 8h) et 2 par 24 heures pour le personnel infirmier (travail en 12 heures -> 8h-20h et 20h-8h).• Un dossier rassemblant les différents éléments du patient dans les suites de ses passages aux urgences est toujours constitué à destination du secteur d'hospitalisation lors d'un transfert patient. Dans le cas présent, la fiche de transmissions précisait bien qu'un bilan sanguin avait été prélevé, mais que les résultats étaient en attente et consultables sur l'application logicielle du LBM...• L'équipe soignante de chirurgie doit réaliser le dossier d'entrée lors de l'arrivée du patient en secteur d'hospitalisation, et notamment recueillir les données administratives du patient et recueillir les transmissions du secteur des urgences. Le patient a été accueilli par l'équipe de nuit qui était occupée à faire son tour de soins du petit matin. Le recueil des données administratives a été partiel...

<p>Facteurs liés à l'individu (personnel de la structure)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes soignantes, tant des urgences que du service de chirurgie sont des équipes stables qui ont une bonne connaissance des organisations de service et institutionnelles. • Le service de chirurgie est peu habitué à prendre en charge des patients de médecine, et encore moins des patients en traitement oncologique. • Il convient de préciser que l'infirmière de nuit du service de chirurgie était une intérimaire qui avait déjà fait quelques vacations au sein du secteur, mais qui ne connaissait pas de manière fine l'organisation du service et de l'établissement. • Le médecin oncologue avait beaucoup de patients à prendre en charge, avec notamment Mr. D. qui est un patient forain et qu'il n'a pas pu faire admettre en médecine.
<p>Facteurs liés à l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La communication au sein de l'équipe des urgences est organisée, et les temps de transmissions sur les dossiers anciens et les dossiers en cours est effective. L'urgentiste qui a pris en charge le patient a vu seulement les résultats de la NFS avant le transfert du patient en chirurgie. Le reste du bilan était en cours de réalisation. Il n'a pas transmis d'infos sur ce dossier à son collègue qui prend le relais puisque le patient a été transféré en chirurgie et qu'il avait fait des transmissions à l'oncologue. • Les temps de partage au sein du service de chirurgie sont également effectifs entre les équipes paramédicales. • Les transmissions entre services sont organisées autour d'une feuille de liaison entre secteurs résumant les éléments primordiaux et un dossier papier rassemblant toutes les données collectées pendant la prise en charge des urgences. • L'équipe soignante de chirurgie n'a pas pris le temps de consulter les résultats des examens biologiques sur l'application logicielle Ad'hoc. • Le médecin biologiste du LAM a appelé le service des urgences le matin à son arrivée dans le service pour alerter sur la valeur pathologique de la glycémie, mais il lui a été répondu que le patient n'était plus dans le service, mais en chirurgie. • Le médecin biologiste a appelé le service de chirurgie, mais la traçabilité de l'appel téléphonique dans le dossier ne précise pas l'identité du correspondant, ni sa fonction... • Au final, le résultat pathologique de la glycémie n'a pas été transmis à un médecin. • La charge de travail du service de chirurgie était lourde (beaucoup de patients lourds). • La charge de travail du secteur des urgences était habituelle, sans surcharge notable.
<p>Facteurs liés à l'environnement de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant les examens biologiques prélevés aux urgences (bilan biologique réputé complet) : les prélèvements sanguins ont été reçus par pneumatique... il convient de préciser qu'il y a un seul technicien pour le LBM la nuit... il formalise le dossier informatique... traite le prélèvement directement dans l'automate pour la NFS... après centrifugation pour les autres prélèvements... ce qui demande un temps supplémentaire pour le dosage demandé... ce qui explique que seule la NFS a été exploitée par l'urgentiste dans un premier temps... • Un contrôle du résultat pathologique a été réalisé à l'initiative comme l'indiquait la procédure du LBM et a donc retardé la publication du résultat définitif, ce qui explique que l'urgentiste ne l'a pas vu en quittant sa garde. • On peut noter que les données du dossier patient informatique (DPI) des urgences ne peuvent être transmises électroniquement au DPI du service de chirurgie. La passerelle n'est toujours pas opérationnelle à ce jour. Les éditeurs du DPI urgences et du DPI autres services n'ont toujours pas solutionné la problématique. Les éléments du dossier urgences sont retranscrits dans le DPI chirurgie ou médecine. • L'inverse est également vrai puisque le service des urgences n'a pas accès au DPI des patients en service d'hospitalisation sur leur ordinateur.

<p>Facteurs liés à l'organisation et au management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de médecin de garde la nuit au laboratoire : il est d'astreinte et joignable au téléphone dès que le technicien a besoin d'un avis/conseil... • Les effectifs du laboratoire sont réputés en adéquation avec la charge de travail... • Les effectifs paramédicaux du service de chirurgie et des urgences étaient conformes aux quotas déterminés par la Direction Générale. • Les effectifs médicaux n'appellent pas de commentaire particulier. Il convient néanmoins de noter que l'établissement de santé est privé et que chaque praticien libéral est responsable de son patient. Il n'existe pas d'organisation médicale avec chefferie de service par exemple. • Le patient est transféré dans un service de chirurgie faute de place au lieu d'un service de médecine plus habitué à ce type de patients mais l'oncologue passe le voir 2 fois.
<p>Facteurs liés au contexte institutionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement de santé présente des résultats financiers équilibrés. • Le système de signalement des événements indésirables a déjà recensé 3 incidents de ce type durant les 5 dernières années, mais aucun n'avait eu de conséquences aussi lourdes.