

Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins

EIAS



Arrêt inopportun d'un traitement anti-épileptique

SPECIALITE : NEURO-CHIRURGIE

L'histoire

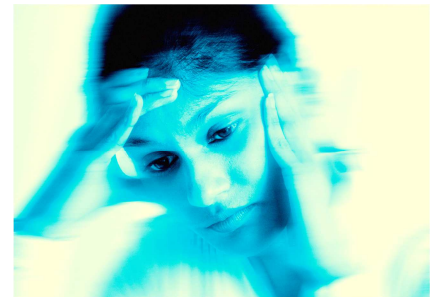
Une patiente est opérée en neurochirurgie pour une névralgie du trijumeau persistante malgré un traitement depuis 2 ans avec de la CARBAMAZEPINE. Comme l'arrêt brutal de cette molécule peut provoquer un état de mal épileptique et/ou une hyponatrémie, le neurochirurgien informe la patiente, que son traitement sera continué en post-opératoire puis diminué progressivement sur une période de deux mois.

L'intervention se déroule correctement. Pour lutter contre la douleur, il est prescrit en post opératoire un dispositif d'instillation analgésique dans la plaie et une prescription de morphine. Au réveil, la névralgie a disparu, mais la patiente se plaint de douleurs intenses et de contractures au regard de l'abord chirurgical. Le système d'instillation ne fonctionnant pas, les doses prévues de morphine sont augmentées. La patiente présente ensuite une intolérance aux morphiniques avec des nausées intenses résistantes aux traitements symptomatiques.

A J3 post opératoire, vers 20h, l'interne de garde en anesthésie est appelé par l'infirmière de secteur car la patiente souffre d'une recrudescence des nausées. L'interne prescrit "un arrêt du traitement" (sans mentionner quels médicaments).

L'infirmière suit à *la lettre* la prescription de l'interne, arrête le traitement antalgique, c'est-à-dire la morphine ... et la CARBAMAZEPINE.

A J4 : l'arrêt de la CARBAMAZEPINE n'est pas décelé par l'anesthésiste lors sa visite quotidienne. Il ne connaît pas la malade qui va, par ailleurs, bien cliniquement.



Le même jour, lors de la visite, l'interne de neurochirurgie et le neurochirurgien l'ayant opérée ne réalisent pas, non plus, que la CARBAMAZEPINE a été supprimée. La feuille de prescription médicamenteuse du dossier n'est pas regardée, l'infirmière de jour n'est plus la même que la veille et la patiente va beaucoup mieux.

A J7, avant le départ de la patiente chez elle, le neurochirurgien revoit la patiente pour l'informer de son traitement de sortie et notamment sur la nécessité d'une décroissance lente de la CARBAMAZEPINE sur 2 mois. La patiente lui apprend alors qu'elle n'en prend plus depuis plusieurs jours ! Elle n'avait pas réagi face à cet arrêt car elle avait oublié ce qui lui avait été dit à ce propos avant l'intervention.

La CARBAMAZEPINE a été réintroduite à faible posologie et la natrémie surveillée. Cet événement n'a pas eu de conséquences graves pour la patiente.

Analyse des causes

Cause immédiate

- ▶ Erreur médicamenteuse : arrêt inopportun d'un traitement

Causes profondes (selon la grille ALARM)

- ▶ Liées à l'équipe
 - Défaillance dans la communication écrite
 - Prescription imprécise ; l'interne n'a pas rédigé de nouvelle ordonnance mais juste inscrit un arrêt du traitement sans mentionner la molécule concernée ni que le reste du traitement était inchangé (ce qui était sous-entendu pour lui). Cette imprécision a entraîné une erreur de compréhension de la prescription par l'infirmière (ce qui a été compris était d'arrêter tous les traitements)
 - Défaillance dans la transmission des informations : l'information pré-opératoire du patient et le plan thérapeutique n'apparaissaient pas dans le dossier
 - Défaillance dans la communication entre professionnels
 - Défaillance dans la coordination des équipes médicales et paramédicales (relèves, transmissions) malgré (ou à cause ?) des visites répétées par différents intervenants et plusieurs jours durant, l'erreur n'a pas été repérée.
- ▶ Liées au patient
 - Non compréhension de son traitement
 - La patiente prenait son traitement depuis longtemps et n'avait pas intégré la notion de risque iatrogène malgré les recommandations du chirurgien.

(La grille d'analyse ALARM comporte 7 catégories de facteurs. Nous avons retranscrit dans cet exemple les facteurs les plus directement en rapport avec l'événement)

Analyse des barrières

Barrières qui ont fonctionné

- ▶ La visite du neurochirurgien avant la sortie de la patiente.
- ▶ La communication entre le neurochirurgien et la patiente.

Barrières qui n'ont pas fonctionné ou absentes

- ▶ L'éducation thérapeutique qui renforce la capacité du patient à arrêter un événement indésirable
- ▶ Les règles de prescriptions
- ▶ Transmissions orales et écrites des informations entre soignants,
- ▶ Coordination des soignants notamment lors des changements d'équipe,
- ▶ Partage d'un plan thérapeutique.

Actions identifiées pour limiter la survenue l'évènement ou réduire ses conséquences

- ▶ **Déclarer l'événement au niveau de l'établissement : l'analyser en équipe et rechercher des actions correctives**
- ▶ **Améliorer l'écriture des prescriptions**
 - Respecter des bonnes pratiques ; intégration des prescriptions dans l'organisation des soins. Ecrire systématiquement les molécules concernées par un changement en respectant les règles d'écriture.
- ▶ **Coordonner l'équipe de soins**
 - Redéfinir le processus de soins de la prescription à l'administration des médicaments en se centrant sur la coordination des acteurs ;
 - Préciser l'apport spécifique des différentes visites dans le suivi du patient ;
 - Redéfinir comment communiquer, partager et suivre la stratégie thérapeutique identifiée pour un patient entre tous les intervenants ;
 - Dans ce sens, redéfinir l'intérêt du dossier patient comme support de coordination

- ▶ **Renforcer l'éducation thérapeutique du patient et un partenariat lors de la réalisation des soins. Mettre à profit l'intelligence du malade pour une réelle participation aux soins**

- o http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

Réflexions et enseignements

LES DIFFICULTES DU TRAVAIL EN EQUIPE

La déficience de communication au sein de l'équipe est la cause la plus commune des erreurs médicales¹. Près de 70% des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un problème de communication². La base des Vétérans (Veterans Administration (VA) National Center for Patient Safety database) montre les mêmes résultats avec une défaillance de la communication citée comme facteur contributif principal dans 75% des événements indésirables³. L'analyse sur 47000 EIAS déclarés dans la base de retour d'expérience de l'accréditation des médecins, met en évidence comme première cause profonde les difficultés du travail en équipe (26%). Sur ce sujet la cause principalement retrouvée est dans 36% des cas un défaut de communication dans l'équipe de soins, comme l'illustre cet événement⁴.

Le monde de l'aéronautique a connu une situation similaire et réalisé des mutations culturelles importantes pour devenir une industrie ultra-sûre. Parmi celles-ci, apparaît la nécessité de considérer « l'équipe » (l'équipage ou l'équipe de soins) comme le maillon fort dans la construction de la qualité et de la sécurité au regard de l'individu. En effet, il ne suffit pas de mettre ensemble des professionnels compétents pour obtenir une équipe! Faut-il donc considérer qu'une équipe se construit ?

Selon une étude⁵ menée à l'hôpital de Genève en 2008 sur l'impact d'une formation aux facteurs humains (Crew Resource Management ou CRM) sur une équipe multidisciplinaire d'obstétrique, un niveau de satisfaction élevé des participants (de 63 à 90%) a été obtenu. L'évaluation a également montré pour la plupart des items mesurés un changement significatif concernant la connaissance du travail en équipe et la prise de décision partagée après la formation. Après un an, il a été constaté un changement positif concernant le travail en équipe, la sécurité et la reconnaissance du stress. De même un programme de CRM développé en 2010 dans les hôpitaux des vétérans aux USA a permis de réduire la mortalité chirurgicale⁶⁻⁷. Par ailleurs, il est constaté que l'amélioration du travail d'équipe et de la communication entre cliniciens améliorent la satisfaction au travail, diminuent le stress et réduit le turnover⁸. Au bloc opératoire, les briefings préopératoires augmentent le sentiment de satisfaction de l'équipe et améliorent le climat de sécurité. Un meilleur travail en équipe améliore également la performance et la satisfaction des patients.

Références :

- 1- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 2- Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue No. 30, 2004. Oak Brook, Ill.
- 3- Dunn E.J., et al.: Medical Team Training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. Jt Comm J Qual Patient Saf 33:317-325, Jun. 2007.aphie (page 4)
- 4- HAS, Accréditation des médecins, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1149405/tableau-de-bord-de-laccreditation-des-medecins
- 5- G.Haller, P.Garnerin, Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting; International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 4: pp. 254-263
- 6- Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al.; Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality; JAMA. 2010;304(15):1693-1700
- 7- Ed Dunn; White paper NCPS Medical Team Training Program, July 2007
- 8- M Leonard, S Graham, D Bonacum ; The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care; Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl 1):i85-i90. Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Publié après avis du comité de lecture HAS du xxxx



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ