

SAMU

Et si chacun jouait sa partition

20 janvier 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

ERREUR DE DIAGNOSTIC ENTRAÎNANT LE DÉCÈS DE LA PATIENTE

Une patiente de 51 ans appelle le 18 pour douleur thoracique et difficultés respiratoires. L'appel est transféré au 15 sans envoi d'un effecteur pompier. L'assistant de régulation médicale (ARM) qui décroche l'appel effectue le dossier de régulation médicale (DRM) et note des antécédents de tabagisme et de crises d'angoisse. Il passe l'appel au médecin régulateur libéral (MRL) qui après interrogatoire médical pose un diagnostic de reflux gastro-œsophagien avec prescription médicamenteuse adaptée. Deux heures après l'appel initial, nouvel appel au 15. L'ARM repasse l'appel au MRL qui décide de l'envoi d'une ambulance privée qui trouvera la patiente en arrêt cardio-respiratoire à son arrivée au domicile de la patiente.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Un mauvais diagnostic a été posé par ce médecin régulateur.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le second appel n'a pas été transféré au médecin régulateur urgentiste.
- Les procédures n'ont pas été respectées devant les symptômes de dyspnée et de douleur thoracique autant par le 18 que par le 15.
- La décision médicale est restée focalisée sur les antécédents de crises d'angoisse.

DÉPASSEMENT DE RÔLE ENTRAÎNANT LE DÉCÈS DU PATIENT

Un patient de 69 ans appelle le 15 pour douleurs abdominales évoluant depuis 48 heures. L'ARM décide de passer l'appel au MRL qui après un interrogatoire succinct décide de donner des conseils médicaux, de contacter le médecin traitant et de rappeler si besoin. 3 heures plus tard, nouvel appel. L'ARM consulte alors le dossier antérieur, ne crée pas de nouveau dossier de régulation médicale (DRM) et donne les coordonnées de SOS médecins. Le patient est retrouvé décédé au domicile par son épouse quelques heures plus tard.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le second appel au 15 n'a pas été transféré au médecin régulateur urgentiste (MRU).

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le questionnement de la part du MRL n'a pas permis d'étayer le diagnostic.
- La gravité de l'état du patient a été sous-estimée.
- Un suivi de la situation du patient n'a pas été réalisé.
- L'ARM a surestimé son rôle propre et cela l'a amenée à prendre une décision sans consultation d'un médecin.
- Les procédures de service, préconisant un transfert au MRU dès le deuxième appel relatif à un même dossier de régulation médicale, n'ont pas été respectées par l'ARM.

ABSENCE D'INTERROGATOIRE DIRECT DU PATIENT ENTRAÎNANT UNE ERREUR D'APPRÉCIATION DE LA GRAVITÉ CLINIQUE

L'épouse d'un patient de 73 ans appelle le 15 car ce dernier présente des maux de gorge. Il a consulté la veille son médecin traitant qui lui a prescrit un traitement antibiotique, mais son état ne s'améliore pas voire s'aggrave. L'ARM passe l'appel au MRL qui parle seulement avec l'épouse. Après avoir réalisé cet interrogatoire succinct, le MRL conseille une nouvelle consultation au cabinet du médecin traitant. Trente minutes plus tard, l'épouse appelle de nouveau le 15 car il n'y a pas de rendez-vous possible avant le surlendemain et elle pense que ce délai est trop long. L'appel est transféré au même MRL, qui préconise un transport en véhicule particulier aux urgences. À son arrivée aux urgences, le patient est en détresse respiratoire aiguë avec nécessité d'une intubation orotrachéale immédiate et transfert en médecine intensive-réanimation.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le MRL a sous-estimé la gravité.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le MRL n'a pas obtenu d'éléments d'information précis par l'épouse.
- La gravité de la situation clinique du patient n'a pas pu être estimée correctement.
- Le patient a été transféré aux urgences par ses propres moyens sans envoi de vecteur.

Mots clés : Régulation – Rôle des acteurs de la régulation – Procédures – Travail en équipe – SAMU

Pour que cela ne se reproduise pas

À l'instar du fonctionnement d'un orchestre, chaque maillon d'un acte de régulation médicale se doit de connaître et de jouer sa propre partition afin de ne pas induire d'erreurs consécutives au dépassement de son rôle ou au non-respect des procédures établies. Le patient et/ou son entourage sont parties prenantes et ont un rôle à jouer dans cette équipe afin que la réponse apportée soit adaptée à la situation du patient. Les leviers d'action doivent permettre notamment :

- de préparer individuellement et collectivement à l'action en mettant en place des briefings ; à cette occasion, les rôles et responsabilités sont rappelés ;
- de renouveler les messages des bonnes pratiques pour entretenir la vigilance et l'implication de tous ;
- de s'entraîner à la gestion du stress, la pression du temps, de la fatigue sur les prises de décision (ex. simulation en santé) ;
- d'exploiter l'écoute des bandes pour travailler sur la communication entre professionnels et avec le patient et/ou son entourage.

L'efficacité d'une équipe de régulation médicale dépend du travail en équipe, et notamment de la répartition des rôles de chaque acteur.

La collection Flash sécurité patient

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash est élaboré sur un risque particulier et récurrent à partir d'événements indésirables associés aux soins, identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expérience nationales des événements indésirables graves associés aux soins ou de l'accréditation des médecins.

Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause une défaillance des rôles et responsabilités des membres de l'équipe, au sein de la régulation médicale.

Cette fiche relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été confrontés et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. Pour ce flash spécifique, et devant le caractère complexe des parcours de soins, les événements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les rôles de chacun et la communication.

Pour en savoir plus :

- Salas E, Shuffler M L, Thayer A L, Bedwell W L & Lazzara, E H (2015). Understanding and Improving Teamwork in Organizations: A Scientifically Based Practical Guide. Human Resource Management 54(4), 599–622.
- Leggat SG. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. BMC Health Serv Res;7(1):17.
- Flash Sécurité patient.
www.has-sante.fr/jcms/p_3240311
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte.
www.has-sante.fr/jcms/c_2831393
- Briefing et debriefing.
www.has-sante.fr/jcms/c_2657908
- SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique.
www.has-sante.fr/jcms/p_3211255