



SAMU

Et si coordonner rimait avec communiquer

2 septembre 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

ERREUR D'ADRESSE ENTRAÎNANT UN RETARD DE PRISE EN CHARGE D'UN AVC

La fille d'un patient âgé de plus de 60 ans contacte le 15 après avoir eu son père au téléphone. Ce dernier se plaint de ne plus pouvoir bouger son bras droit et présente des difficultés à parler. Sa fille réside à 30 minutes de son domicile et n'est pas véhiculée. Le médecin régulateur urgentiste (MRU) interroge directement le patient et conclut à une suspicion d'accident vasculaire cérébral (AVC). Il décide alors d'engager un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et prépare l'accueil hospitalier. Quarante-cinq minutes après l'appel initial, la fille informe le SAMU de son arrivée chez son père et leur précise que personne n'est présent. Elle retourne alors chez elle. Deux heures après, le neurologue devant accueillir le patient appelle le SAMU car il n'est toujours pas arrivé à l'hôpital. Le MRU contacte alors les pompiers (18) et apprend que le dossier a été clôturé par le centre de traitement de l'alerte (CTA). Il appelle ensuite la fille qui lui apprend ne pas être entrée dans le domicile lors de son deuxième appel. À l'arrivée du VSAV, le patient est retrouvé décédé.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Une erreur d'adresse a entraîné un retard de prise en charge d'un AVC.

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

- Le lieu d'intervention n'a pas été saisi manuellement dans le logiciel du centre d'appels.
- Le lieu d'intervention n'a pas été identifié suite à un défaut de communication entre les centres 18 et 15.
- Le CTA n'a pas informé le Centre 15 du désengagement du VSAV suite à l'erreur d'adresse d'intervention.
- Les outils de régulation 15 et 18 n'étaient pas interconnectés.
- Le bilan secouriste n'a pas été transmis au SAMU qui n'a pas réagi à sa non-réception dans un délai raisonnable.
- Le 18 a clôturé le dossier sans avoir informé le 15.
- Le deuxième appel de la fille, laissant penser qu'elle était entrée dans le domicile de son père, a été à l'origine d'une erreur d'interprétation de la situation.

ABSENCE D'ENVOI D'UNE AMBULANCE PRIVÉE, ENTRAÎNANT UN DÉFAUT DE PRISE EN CHARGE

Une patiente de plus de 80 ans présente des difficultés respiratoires. Son fils appelle les pompiers (18). Le 18 n'envoie pas de moyens de secours et transfère l'appel au 15. Le médecin régulateur libéral (MRL) réalise l'interrogatoire médical auprès du fils et décide d'engager une ambulance privée (AP). Conformément à la procédure, il tente de contacter plusieurs fois l'assistant de régulation médicale (ARM). Devant l'aggravation de la dyspnée de sa mère, le fils contacte une deuxième fois le 18 qui envoie un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) puis passe de nouveau l'appel au 15. Au bilan du VSAV, un transport sur le CHU est décidé. La patiente présentera un arrêt cardiaque, durant le trajet, à 10 minutes de son arrivée à l'hôpital sans que le SAMU en soit informé.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'engagement de moyens a été tardif.

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

- Seul le fils a été interrogé. La recherche de signes de gravité (difficulté à parler) n'a pas été faite en raison de l'absence de contact verbal direct avec la patiente lors du premier appel.
- Le MRL n'est pas arrivé à joindre rapidement l'ARM, ce qui a entraîné un échec d'envoi de l'AP.
- L'ARM n'était pas disponible en raison d'une surcharge d'activité au SAMU.
- Le deuxième appel au SAMU a été transféré au MRL alors que la procédure prévoit une régulation par le médecin régulateur urgentiste (MRU) dès le deuxième appel.
- Le SAMU n'a pas été informé lorsque la patiente a présenté un arrêt cardiaque devant les pompiers.

ERREUR DE DIAGNOSTIC MÉDICAL ENTRAÎNANT LE DÉCÈS

Une patiente d'une vingtaine d'années est prise en charge aux urgences d'un CHU pour une fièvre et des vomissements. Le diagnostic retenu est celui d'une pyélonéphrite aiguë. La patiente rentre à domicile avec un traitement par antibiotique et antalgiques. Le lendemain, la patiente rappelle le SAMU à trois reprises devant une aggravation des symptômes. Le MRL du SAMU du CHU donne un conseil médical en supposant que les symptômes de la patiente sont en lien avec les effets secondaires des antalgiques. La patiente sera admise en service de réanimation en état de mort cérébrale probablement secondaire à une méningite à méningocoque.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Une erreur de diagnostic médical a entraîné le décès de la patiente.

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

- Aucune transmission d'alerte du laboratoire de bactériologie n'a été prise en compte par le personnel du service d'urgences.
- Le dossier médical de la patiente n'a pas été consulté lors des différents appels au 15 : compte rendu de passage aux urgences, résultats des examens complémentaires notamment prélèvement bactériologique, ordonnances de sortie.
- 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.

Mots clés : *Communication verbale et non verbale – Interopérabilité – Travail en équipe – SAMU*

Pour que cela ne se reproduise pas

La communication verbale constitue la principale modalité d'échanges en régulation médicale. Il est donc essentiel de poser les questions permettant une prise de décision adéquate et d'éviter de manquer un fait important.

Il existe des moyens pour aider à la connaissance et à la diffusion d'une information fiable tels que l'évolution innovante des logiciels de régulation, les connexions inter-services, la possibilité de consulter l'historique des dossiers de prise en charge hospitalière des patients. Ceux-ci restent sous-utilisés.

En régulation médicale, la communication n'est pas uniquement verbale. La sécurité des patients dépend du travail en équipe, et elle ne s'améliore que lorsque l'information est partagée.

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 (REX_EIGS) ou de l'accréditation des médecins.

Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause une défaillance dans la communication entre les différents acteurs d'un acte de régulation médicale, qu'ils interviennent en extra-hospitalier, en intra-hospitalier ou au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRAA) du SAMU Centre 15.

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 défauts de communication.

Pour en savoir plus :

- Cros J. Mieux communiquer entre soignants. 1st édition. Arnette, 2018.
- Stanford Graduate School of Business. Think Fast, Talk Smart: Communication Techniques. www.youtube.com/watch?v=HANw168huqA
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; 320:777–81.
- Roberts KH, III CAO. Failures in Upward Communication in Organizations: Three Possible Culprits. 2013. instituteforpr.org/failures-upward-communication-organizations-three-possible-culprits
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe, Pacte.
- SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique – Mis en ligne le 15 oct. 2020. www.has-sante.fr/jcms/p_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins