

FR2022-01

Date de parution :

27/06/2022

Catégorie :

Spécialité

Gériatrie

Filière

Etablissement sanitaire :
SSR

Population

Personnes dépendantes

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Entre erreur d'orientation et lever de doute tardif, une patiente reste seule à domicile

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

Le doute est un système d'alerte qui a souvent tendance à être ignoré, voir dissimulé. Pourtant, c'est un mécanisme qui peut prévenir ou récupérer des erreurs car il signale que quelque chose est inhabituel. Il est donc important de savoir interrompre son activité lorsqu'il apparaît afin de faire les vérifications nécessaires pour le lever ou trouver ce qui l'a déclenché.

Le contrôle peut passer par des vérifications par rapport à une checklist ou un protocole, ou par le questionnement d'un tiers. Cette autre personne peut être un autre professionnel ou le patient. Cependant, pour que l'information soit prise en compte, il faut qu'elle soit fiable. Si la personne interrogée présente des troubles cognitifs ou ne lève pas son propre doute, il est alors nécessaire de poursuivre ses investigations avant de considérer la question comme élucidée.



De quoi s'agit-il ?

Mme Z, dépendante et hospitalisée, est emmenée dans un autre établissement pour une consultation. En fin de matinée, au lieu de revenir son service, l'ambulance la ramène à son domicile suite à une erreur d'interprétation de l'information sur le PDA en panne.

L'équipe de l'établissement 1 s'étonne de ne pas la voir revenir mais ne s'inquiète pas car elle a l'habitude des imprévus pour lesquels elle n'est pas toujours alertée en temps réel. C'est le lendemain qu'elle s'aperçoit de l'erreur d'orientation de la patiente et part la rejoindre à son domicile. Mme Z est retrouvée dans son fauteuil où elle a passé seule 26 heures mais reste alerte et communicante.

Impact patient :

Mise en jeu du pronostic vital, lésions cutanées

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **Jo, 10h30** : Mme Z est emmenée par les ambulanciers pour une consultation dans l'établissement 2.
- **12h30** : Après sa consultation, elle est prise en charge par une autre équipe d'ambulanciers pour son retour. Le PDA (Personal Digital Assistant, assistant personnel) sur lequel avait été transmis le commande de transport ne fonctionne pas bien et est en mode dégradé : seules la rue et la ville de destination sont visibles. La patiente habitant dans la même ville que l'établissement 1, ils pensent qu'il s'agit d'un retour à domicile. Comme elle avait déjà été prise en charge par cette société, son adresse et ses habitudes sont connues des professionnels. Ils demandent confirmation de la destination à la patiente et celle-ci approuve. Les clés sont accessibles devant le domicile, elle y est donc déposée.
- **13h30** : Dans l'établissement 1, l'équipe commence à s'interroger sur le non-retour de la patiente et l'information est passée lors des transmissions infirmières
- **17h30** : Le médecin A est averti. Celui-ci a accès au dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement 2 et y voit que la patiente n'est pas indiquée comme sortante. Ayant l'habitude des patients hospitalisés suite à leur consultation dans ce service et aux retards de transports, l'équipe suppose qu'il s'agit à nouveau de l'un de ces cas de figure et ne cherche pas d'autres explications.
- **J+1, 9h** : L'information du non-retour de la patiente est communiquée au sein de l'équipe du service de l'établissement 1 (transmissions à 21h et 6h30) et au médecin B à 9h. Ce dernier essaie plusieurs fois de contacter le service de l'établissement 2. Lorsqu'il arrive à joindre le secrétariat, on lui indique que la patiente a sûrement été gardée en hospitalisation de semaine, sans vérification du DPI. Le soignant que la patiente avait vu en consultation la veille est absent ce jour et ne peut donc être interrogé directement.
- **Début d'après-midi** : Le médecin B essaie à nouveau de contacter le service d'hospitalisation de semaine de l'établissement 2. Il tombe sur un aide-soignant qui lui indique que Mme Z n'est pas dans le service, qu'elle est partie la veille avec les ambulanciers.
- **15h30** : L'IDE alerte le cadre qui appelle la société d'ambulance. Ceux-ci indiquent avoir ramené la patiente chez elle.
- **16h** : Le cadre et le médecin B partent au domicile de la patiente. Celle-ci est retrouvée chez elle, dans son fauteuil. Elle reste communicante et dit bien aller. Des premiers soins lui sont prodigués (réhydratation, alimentation et toilette) et une ambulance est commandée pour la ramener dans l'établissement 1. La fille de la patiente est appelée pour l'informer de la situation et lui proposer un rendez-vous le lendemain.
- **17h** : La patiente est de retour dans le service et des soins sont apportés aux lésions cutanées constatées.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de destination lors du transport de la patiente.
- Absence de lever de doute le jour du constat du non-retour de la patiente

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Patiente dépendante, avec troubles cognitifs. Domicile dans la même ville que l'établissement de santé 1.
Individu (soignant)	Ambulanciers : Connaissance antérieure de la patiente et de son adresse. Établissement 1 : Habitude des hospitalisations inopinées et des retards de transport fréquents.
Équipe	Ambulanciers : Pas d'appel de la régulation pour vérification de la destination au vu des informations données sur le PDA en mode dégradé. Établissement 1 : Pas d'IDE de K (8h-16h) le Jo. Habitude des médecins de l'établissement 1 de consulter directement le DPI de l'établissement 2 pour leurs patients.
Tâches à accomplir	Établissement 1 : Pas de conduite à tenir en cas de retard de retour de patient. Retard de traçabilité des mouvements de patients dans le DPI par l'établissement 2.
Environnement de travail	Ambulanciers : Problème informatique amenant au mode dégradé sur le PDA. Informations du mode dégradé limitées : libellé du type de lieu non précisé. Établissement 1 : Charge de travail importante (entrée en fin de matinée, patients déambulants, un patient en conflit direct avec les soignants). Service de l'établissement 2 difficile à joindre.
Organisation Management	Ambulanciers : Équipes d'ambulanciers différentes pour l'aller et le retour. Le bon de transport papier n'est remis qu'à l'équipe en charge de l'aller.
Contexte institutionnel	

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	Appels auprès de l'établissement 2 et de la société d'ambulance.
Atténuation	Premiers soins apportés au domicile de la patiente. Soins des plaies au retour dans le service.

Perception du caractère évitable par les professionnels





Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Retour d'expérience et révision de la conduite à tenir (Ambulances).	Prévention	Récupération	Atténuation
Demande d'accès à des informations plus précises sur le PDA en mode dégradé (Ambulances).	Prévention	Récupération	Atténuation
Bascule des informations sur le second PDA du binôme d'ambulanciers en cas de panne du premier (Ambulances).	Prévention	Récupération	Atténuation
Elaboration d'une procédure à mettre en place en cas de non-retour de patient (Etablissement 1).	Prévention	Récupération	Atténuation
Rappel auprès du secrétariat de vérifier le DPI pour confirmer une sortie (Etablissement 2).	Prévention	Récupération	Atténuation
Réflexion sur la mise en place d'une permanence téléphonique au secrétariat de consultation (Etablissement 2).	Prévention	Récupération	Atténuation
Réflexion sur la surveillance de la sortie des patients dépendants (Etablissement 2).	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

