
Thématique

Problématiques relatives à la communication et la coordination entre acteurs du système de soins en HAD

Catégorie

Sanitaire

Résumé de l'EIGS

Patiente de 65 ans transférée en Hospitalisation à domicile (HAD) suite à un séjour en pneumologie.

Elle est prise en charge dans le cadre de soins palliatifs et d'un pansement complexe.

Cette patiente était hospitalisée pour une tumeur maligne de l'utérus avec une tumeur maligne secondaire du poumon et de la plèvre, compliquée par un épanchement pleural. Par ailleurs, elle présente comme comorbidités un diabète insulino-dépendant et une obésité.

En parallèle, la patiente est habituellement sous oxygène à domicile avec un débit de 2 litres par minute. L'oxygénothérapie a été modifiée pendant l'hospitalisation, cependant le prestataire fournissant l'oxygène de la patiente n'a pas été prévenu de son retour à domicile.

Son entrée en HAD se fait rapidement soit 24 heures après la demande, sous la pression de la famille. L'ordonnance de sortie ne notifiât pas le changement de débit d'oxygène suite à son hospitalisation. Un problème avec le concentrateur d'oxygène de la patiente survient le lendemain de son entrée en HAD. Avant l'intervention du prestataire en oxygène, la patiente désature ce qui nécessite un appel du SAMU par l'IDE libéral (IDEL).

La patiente décède pendant l'intervention du SAMU.

Chronologie des faits

L'ordonnance de sortie est reçue par l'HAD le 17 juin à 10H30 avant la sortie de la patiente, sans mention d'une oxygénothérapie en cours.

Le prestataire en oxygène de la patiente n'est pas prévenu de son retour à domicile.

Une visite de coordination au domicile de la patiente a lieu entre l'HAD et IDEL le 17 juin à 13h45 où celui-ci a reçu une information sur le pansement complexe à réaliser chez cette patiente.

L'entrée en HAD de la patiente est réalisée le même jour, à 14H45, par l'IDEC (Infirmière de Coordination), qui est seule.

Les constantes sont prises et jugées normales avec une saturation en oxygène à 95%.

L'HAD reçoit le courrier de sortie de la patiente après son entrée, sur lequel l'oxygénothérapie n'est pas évoquée.

Le soir de son entrée, un premier passage de l'IDEL a lieu pour réaliser son injection d'insuline.

Le 18 juin à 7h00, l'IDEL passe au domicile de la patiente pour les soins pour lesquels il est missionné par l'HAD : préparation des médicaments, pose des bandes de contention, injection d'insuline.

Aucun élément de surveillance n'est noté sur le dossier de la patiente.

Le 18 Juin à 8h00, la belle-fille de la patiente appelle l'HAD pour signaler que sa belle-mère présente des tremblements. Elle précise que la patiente a bénéficié de son injection d'insuline mais qu'elle n'a pas mangé après celle-ci. L'IDEC appelle l'IDEL pour lui demander de revoir la patiente ; ce qu'il ne peut pas faire de manière immédiate.

Le 18 juin à 9H20, la belle-fille de la patiente procède à un nouvel appel pour signaler un problème avec le concentrateur d'oxygène de sa belle-mère (lumière orange).

L'IDEC de l'HAD lui demande alors de passer l'oxygène sur l'obus de secours et la prévient qu'elle appelle le prestataire pour lui demander d'intervenir. Mais elle ne se déplace pas.

L'IDEC appelle le prestataire de la patiente mais il ne peut pas indiquer précisément un horaire d'intervention.

L'IDEC appelle donc un autre prestataire, plus proche du domicile de la patiente, puis elle demande au prestataire de la patiente de ne pas intervenir.

Le 18 juin à 11H20, l'IDEL passe voir la patiente. Ses constantes sont normales et sont répertoriées dans le carnet de surveillance diabétique.

Il demande à la belle-fille de recoucher la patiente afin de réaliser son pansement.

A 12H, l'IDEL revient pour le pansement et trouve la patiente comateuse avec une saturation en oxygène à 50%. Il appelle le SAMU qui arrivera à 13H15 en même temps que le prestataire d'oxygène mandaté par l'HAD.

La patiente décède à 13H20.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car la patiente est décédée dans le cadre de sa prise en charge	Méthode ALARM

Méthode d'analyse

Cet événement indésirable grave a fait l'objet d'une déclaration sur le portail des signalements. Un CREX a été dans un premier temps réalisé par l'HAD.

Dans un second temps une RMM inter-établissement avec le prestataire d'oxygène, HAD et infirmier libéral a été faite ce qui a permis d'analyser les causes profondes de l'événement avec la méthode ALARM et de mettre en place des actions au regard de la situation.

Dans le cadre d'une prise en charge en HAD, une optimisation complémentaire pourrait être d'associer le service prescripteur dans le cadre d'une RMM inter-établissement.

Causes immédiates identifiées

L'analyse de cet EIGS fait apparaître un manque de coordination et de communication entre les différents acteurs de la prise en charge de cette patiente.

Différentes actions ont été proposées de manière collégiale.

- L'ordonnance de sortie n'était pas exhaustive suite aux modifications de traitements mise en place lors de l'hospitalisation
- Le prestataire en oxygène n'a pas été prévenu du retour à domicile de la patiente
- L'entrée de la patiente en HAD est réalisée par l'IDEC seule
- Personne ne s'est déplacé au domicile de la patiente pour évaluer son état de santé et le degré d'urgence de la situation
- Les éléments de transmissions concernant la patiente ont été notés sur différents supports et non sur un support unique
- Le prestataire en oxygène habituel de la patiente n'a pas donné d'horaire précis d'intervention lors de l'appel de l'IDEC
- L'IDEC a choisi de faire appel à un autre prestataire dans l'urgence car celle-ci n'était pas suffisamment formée en oxygénothérapie
- Une information a été donnée à l'IDEL sur le pansement complexe mais pas une véritable formation

Que s'est-il passé ?

Facteurs latents

Facteurs individuels

- Défaut de coordination entre l'HAD et le prestataire en oxygène : l'IDEC ne s'est pas assurée que le prestataire était au courant du retour au domicile de la patiente.

Facteurs liés aux tâches à accomplir

- Absence de formation des IDEL aux gestes techniques.
- Manque de formation des IDEC en oxygénothérapie.

Facteurs liés à l'équipe

- L'entrée de la patiente a été faite par l'IDEC seule sans présence de médecin coordonnateur.

Facteurs liés à l'organisation définie

- Absence de procédure de déplacement au domicile des patients, en cas d'altération de l'état du patient pris en charge.
- Absence de procédures de prise de contact avec le prestataire en oxygène lors d'une entrée d'un patient oxygéné-dépendant.
- Défaut d'éléments nécessaires à la prise en charge optimale de la patiente, plus particulièrement l'ordonnance de sortie d'hospitalisation concernant l'oxygène.
- Multiplicité des supports de transmissions.
- Défaut d'intervention du prestataire en cas d'urgence : pas d'horaire d'intervention à domicile lors de l'appel de l'IDEC.

Enseignements : Actions

1. Instaurer une messagerie sécurisée entre l'HAD et les prestataires afin de renforcer la coordination et la traçabilité des échanges (ordonnances, documents de sortie...).
2. Disposer de l'intégralité des éléments d'informations relatifs à la patiente pour une prise en charge optimale à son arrivée. Une check-list à destination des IDEC de l'HAD récapitulant les documents d'hospitalisation a donc été créée. Elle facilite la coordination de l'ensemble des intervenants (rappel prestataire d'oxygène et IDEL, lettre de mission pour les infirmiers libéraux, dossier complet, identité de la patiente, prescriptions médicales...).
3. Réaliser l'accueil et l'examen d'entrée en présence du médecin coordinateur et de l'IDEC et IDEL si possible.
4. Renforcer l'équipe médicale avec deux médecins coordonnateurs à temps plein, contre un médecin à mi-temps initialement.
5. Regrouper toutes les informations du dossier patient via le projet d'une application commune, afin d'éviter la multiplicité des supports.
6. Former les IDEL et les accompagner aux gestes techniques lors de la réalisation de gestes complexes.
7. Instaurer une organisation en lien avec le prestataire, permettant de répondre aux besoins urgents en oxygène (horaire d'intervention, paramètres de prescription...).
8. Former les IDEC en oxygénothérapie afin de pouvoir évaluer le degré d'urgence d'intervention du prestataire en oxygène.

La conciliation médicamenteuse, c'est quoi ?

C'est une démarche qui permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses et qui vise à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.

Les 4 séquences essentielles de la démarche :

- **Recueillir les informations :**

- √ Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou à prendre
- √ Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient

- **Synthétiser les informations**

- √ Rédiger le bilan médicamenteux

- **Valider le bilan médicamenteux**

- √ Attester de la fiabilité du bilan médicamenteux

- **Partager et exploiter le bilan médicamenteux**

- √ Servir la démarche diagnostique
- √ Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments
- √ Améliorer l'information du patient et son entourage



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

En conclusion, la communication entre les professionnels est le socle d'une prise en charge sécuritaire du patient.



Lexique :

- **HAD** : Hospitalisation à Domicile
- **IDEC** : Infirmière de coordination (de l'HAD)
- **IDEL** : Infirmier Diplômé d'État Libéral
- **CREX** : Comité de Retour d'Expérience
- **RMM** : Revue de Morbi-Mortalité
- **ALARM** : Association Of Litigation And Risk Management : Méthode d'analyse systématisée des événements indésirables.