

PRÉVENTION DU RISQUE IATROGÈNE CHEZ LE SUJET ÂGÉ ET CULTURE DE « L'ERREUR POSITIVE » EN NÉPHROLOGIE

Depuis 2009, le service de Néphrologie du CHRU de Tours a mis en place une structure de Néphro-vigilance afin de tracer et de mieux comprendre les impacts médicamenteux indésirables sur les patients.

Séverine LALANDE
Cadre de Santé,
Service d'Hémodialyse
CHRU de Tours



Cette dynamique médicale est une réponse aux nouveaux enjeux de la médecine moderne...

En effet, la population générale Française vieillit, la prévalence des maladies rénales augmente de 7000 nouveaux cas par an et les critères d'âges pour accéder à une greffe rénale s'étendent au-delà de 70 ans. De plus en plus de médicaments sont consommés avec des conséquences potentielles et/ou réelles sur l'état de santé des patients. Dans tous les cas, la surveillance de la fonction rénale est primordiale.

Une fois le processus de prise en charge engagé, le patient se retrouve au cœur des organisations soignantes avec leurs compétences et aussi leurs lots d'imprévus, voire de dysfonctionnements graves. Cependant, les événements indésirables graves (IEG) ne sont pas nécessairement causés par une erreur d'un seul professionnel mais bien par la conséquence de succession de dysfonctionnements au processus de soins, c'est cette idée qu'il faut prendre en compte pour pouvoir s'améliorer. On parle ainsi « d'organisation apprenante ».

Un événement indésirable grave est défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation.

En France, l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis) a été menée en 2004 dans 292 unités de 71 établissements de santé¹.

Elle a mis en évidence qu'au cours des 35000 journées d'hospitalisation observées dans l'enquête, 255 événements indésirables graves, survenus lors de celles-ci, ont été identifiés.

Dans le périmètre de la gestion des risques en lien avec les erreurs médicamenteuses, cette enquête nationale a permis de mettre en évidence le chiffre des événements indésirables graves « EIG » :

- 48% des EIG étaient évitables
- 71% des patients sont âgés de plus de 65 ans
- 31% des patients étaient sous anticoagulants

Fort de ce constat, en terme de résolution de problème, deux sortes d'analyses :

L'approche individuelle, celle qui engage la responsabilité de l'individu avec l'accusation d'un individu ou de d'un groupe d'individus.

L'approche collective, celle qui pointe l'imperfection d'un système et qui donne des axes d'amélioration « culture de l'erreur positive ».

Afin de dépasser l'approche individuelle sanctionnante et culpabilisante pour les soignants, l'approche collective est une occasion de réfléchir avec les différents acteurs de soins des procédures à mettre en place pour minimiser les risques.

Le but est de sécuriser les interfaces et de s'inscrire dans une démarche qualité en utilisant des aides méthodologiques.

Exemple clinique avec un cas concret :

Observation clinique : la communication intra-hospitalière et le suivi du patient : comment s'améliorer ?

- Monsieur André D. 86ans Hospitalisé pour embolie pulmonaire le vendredi après-midi Poids : 62 kg
- **Créatininémie** : 177 $\mu\text{mol/l}$ - **Clairance Cockcroft** : 19 ml/mn, MDRD 34 ml/mn Hb : 98g/l Patient asthénique et confus

Prescription de l'interne du service vendredi fin d'après-midi

- **Coumadine** : 4 mg/j (protocole Siguret)
- **Calciparine S/C** : 0,4ml (10000 unités) à 18h, 2h, 14h
- Adaptation de la dose selon le protocole TCA du service (*protocole* dans le classeur de l'infirmière*)
- * Protocole du service = adaptation de la dose de calciparine en fonction du TCA contrôlé chaque jour et à chaque changement de dose

Nuit du vendredi au samedi

- IDE de l'équipe de remplacement
 - Contrôle du TCA à 22h : rapport M/T 1,11
 - L'IDE ne se réfère pas au protocole d'adaptation de la dose de calciparine du service mais appelle l'interne de garde de médecine
 - Prescription verbale par téléphone de l'interne de garde qui ne peut se déplacer : « augmenter calciparine à 0,6 ml »
 - (Selon le protocole écrit du service la dose aurait dû être augmentée à 0,43ml [10800u])
- L'IDE accepte la prescription par téléphone

Samedi matin

- Contrôle du TCA rapport M/T 6h = 3,27
- IDE du service : adapte la dose de calciparine en fonction du protocole = diminue la calciparine de 0,03ml (800u)

- L'interne du service ne supervise pas cette adaptation de dose TCA rapport M/T samedi 14h : > 4
- IDE du service adapte en fonction du protocole : sauter une injection puis diminution de la calciparine de 0,03ml (800u)

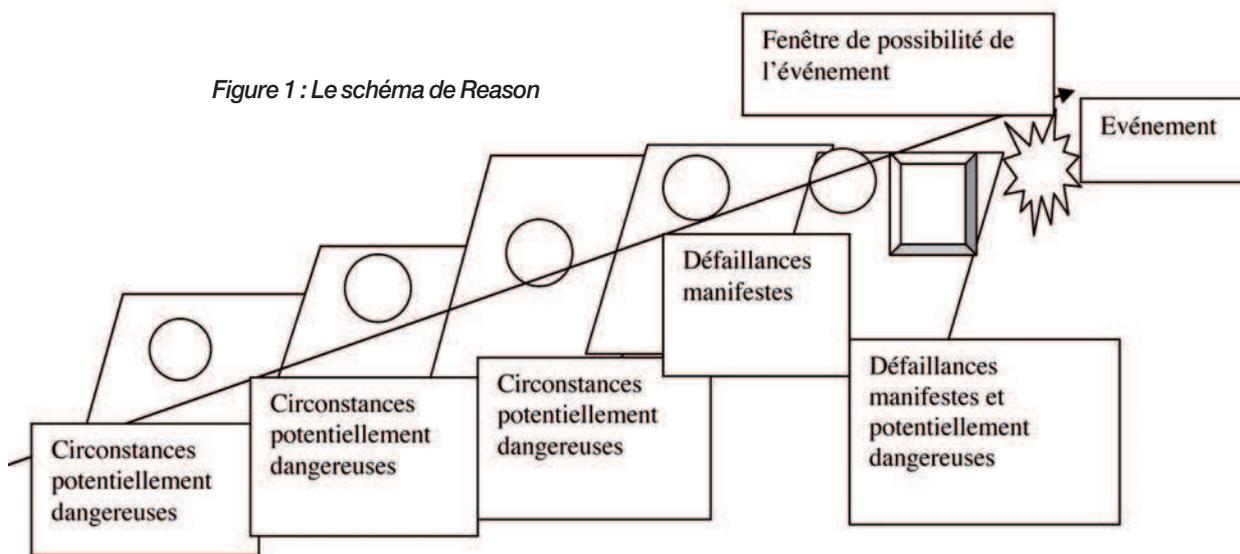
**Dimanche TCA M/T > 4
idem pour adaptation**

Lundi matin TCA M/T > 4

- Visite : patient confus, a chuté la nuit, hématomes des flancs, douleur abdominale FIG profonde, pâleur, tachycardie
- NFS déglobulisation Hb 6,4g/l

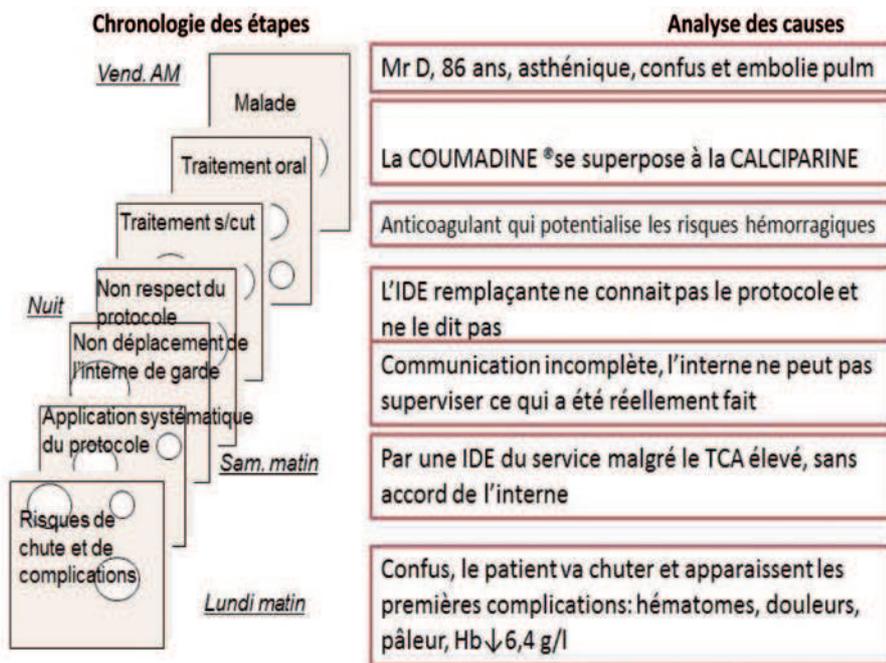
- Échographie : hématome du psoas
- Le cadre de santé et l'équipe pluridisciplinaire ont un rôle d'analyse et de prévention de la récurrence de l'erreur afin de développer une amélioration de la qualité au sein du service :
- Etablir un arbre des causes avec une vision systémique de l'origine du risque
 - Recueillir les informations du déroulement de l'erreur ou de la « presque erreur »
 - Analyser les causes (enchaînements logiques de causes à effet)
 - Elaborer des mesures (diminution des conséquences et prévention d'une nouvelle survenue)

Figure 1 : Le schéma de Reason



Cas clinique

Figure 2 : Schéma du Modèle de James Reason et des défaillances multiples, cas concret.



Ce schéma est un outil d'aide à l'analyse du processus qui a conduit à l'erreur car il permet d'identifier les facteurs déterminants, à savoir les actions/décisions ainsi que les circonstances dangereuses. Il permet de visualiser toutes étapes du processus.

- La culture de l'erreur positive :
- Les erreurs sont les conséquences d'organisations qui réunissent plusieurs acteurs
 - L'individu est « faillible »
 - Remettre en question un système et non pas un individu
 - But : Améliorer les conditions d'exercices professionnels, corriger les défauts d'organisation et améliorer les étapes du processus « organisation apprenante ».

Diagramme Cause-Effet

La culture positive de l'erreur c'est permettre aux soignants de passer d'une dynamique d'actions de soins à une dynamique de réflexion sur le soin et ainsi de développer leurs connaissances.

« On a jamais fini d'apprendre »

Bibliographie

1. BELFER (R), ESTRYIN-BEHAR (M), Eviter les erreurs, L'Infirmière magazine, N°209, Octobre 2005