

LES DANGERS DU MANQUE DE CLARTÉ DANS LA DÉFINITION DES RÔLES DE CHACUN

L'HISTOIRE

Le 9 janvier, Catherine, une femme âgée de 75 ans, est amenée au service des urgences (SU) en raison d'une perte d'appétit, d'une fatigue générale, de fièvre et d'une oligurie. La patiente semble très fatiguée, voire somnolente. Les résultats du laboratoire révèlent une insuffisance rénale (créatinine à 12.0 mg/dL et potassium à 7.3 mmol/L). L'électrocardiogramme montre des ondes T pointues, pourvoyeuses d'une arythmie liée à l'hyperkaliémie.

Le médecin urgentiste décide de commencer le traitement médical pour corriger l'hyperkaliémie et consulte ensuite l'intensiviste et le néphrologue de garde. Ces derniers estiment que la patiente doit être rapidement hémodialisée et transférée en unité de soins intensifs (USI). Malheureusement, au moment du transfert, aucun lit n'est disponible au niveau de l'USI, forçant Catherine à rester dans le service d'urgence en attendant qu'une place se libère. Le

néphrologue demande à l'intensiviste de surveiller l'état électrolytique et la volémie de la patiente, de poursuivre le traitement médical pour l'hyperkaliémie ainsi que de placer le cathéter pour l'hémodialyse. L'intensiviste se rend donc aux SU et place le cathéter pour la dialyse.

Les examens suivants confirment à nouveau une hyperkaliémie sévère et des altérations persistantes au niveau de l'électrocardiogramme. La patiente présente un comportement confus, probablement dû à l'urémie. Le médecin urgentiste recontacte l'intensiviste. Ce dernier le rassure en l'informant que la patiente sera transférée dès que possible à l'USI et que la dialyse sera débutée au plus tôt.

À l'arrivée dans l'USI, environ huit heures après l'admission, la patiente présente une hypotension et a des pertes de conscience. L'infirmière de l'USI branche un moniteur de

surveillance sur la patiente et constate immédiatement une arythmie sévère. L'intensiviste se rend rapidement à son chevet mais Catherine finit par faire un arrêt cardiaque. Elle est intubée et reçoit un traitement urgent pour l'hyperkaliémie et la restauration du rythme sinusal. Le néphrologue est surpris de constater que l'hémodialyse n'a pas encore débuté. Il s'est avéré plus tard que l'infirmière de dialyse n'était pas au courant de l'urgence de la situation et a compris que la dialyse devrait commencer quand la patiente se trouverait physiquement dans l'USI.

Heureusement, les médecins sont parvenus à sauver Catherine et celle-ci a été rapidement mise sous dialyse. Elle ne présentera aucune séquelle neurologique et a pu être extubée quelques jours plus tard.

L'ANALYSE

En lisant l'histoire ci-dessus, il est facile de se concentrer uniquement sur les échecs individuels des professionnels et de considérer que cet évènement a eu lieu parce que ceux-ci sont inattentifs ou désorganisés. Cependant, la réalité est que le dommage provoqué à la patiente est directement lié à des défauts au niveau de la conception du système de soins plutôt qu'à des défauts de compétence ou d'organisation du personnel soignant. Premièrement, le **délai d'hospitalisation** de la patiente et l'allongement du temps d'attente au SU a créé une surcharge au niveau du système. Deuxièmement, une **mauvaise communication**, une **absence de coordination et de définition claire des rôles de chacun** ont eu pour conséquence une prise en charge sous-optimale de la patiente.

Les SU sont conçus pour rapidement trier, évaluer, stabiliser, traiter et admettre ou libérer les patients. Ils ne sont normalement pas équipés pour fournir des interventions plus complexes lorsqu'une décision médicale a été prise. Le terme anglais *boarding* (ou attente d'hospitalisation) désigne les patients qui sont admis aux urgences et dont la prise en charge au niveau des SU est terminée mais qui restent dans les locaux, sous la responsabilité des médecins urgentistes, en attendant qu'un lit d'hospitalisation se libère. Plus ce temps d'attente est long, plus la durée de séjour et la mortalité intra-hospitalière augmentent. En effet, plusieurs études ont montré que le risque de mortalité est plus élevé et que la durée du séjour en hôpital est plus longue lorsque la durée du séjour au SU est elle aussi plus longue^{1, 2, 3}. Une étude réalisée aux États-Unis a montré que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les patients qui attendent un lit moins

de deux heures au SU était de six jours, contre neuf pour ceux qui attendent plus de 24 heures⁴. Dans cette même étude, la mortalité des patients qui attendent moins de deux heures est de 2% contre 4% pour ceux qui attendent plus de 12 heures. Les personnes âgées aux motifs d'hospitalisation complexes, comme c'est le cas de Catherine, sont plus à risque de voir leur séjour au SU s'allonger et sont également ceux qui souffrent le plus des conséquences de cette attente.

Il n'existe malheureusement pas une solution unique pour améliorer le transfert des patients depuis les urgences, mais bien plusieurs, liées à la multiplicité des causes de cette surcharge. En effet, l'origine de cette dernière, décrite dans de nombreux articles, est multifactorielle et complexe. Pour y trouver des solutions, il convient d'adopter une **approche systémique** en mobilisant toute l'institution et en **examinant la surcharge dans la globalité** de l'institution et du système de soins. En ce qui concerne le cas présent, les solutions pourraient être, par exemple, la définition d'une approche qui **répond proactivement aux besoins du patient**, qui assure la **prestation de soins sécuritaires** lorsque l'hospitalisation n'est pas possible directement et la **définition claire des responsabilités et des rôles de chacun**. À l'hôpital de Yale New Haven aux États-Unis, les services d'urgence et d'hospitalisation ont convenu que les médecins urgentistes sont responsables de la prise en charge des patients jusqu'à quatre heures après l'admission. Après ce délai, il existe une transition au niveau de la prise en charge du patient et le service de gestion des lits informe les médecins spécialistes de cette transition de soins vers leur service en désignant le médecin responsable des soins dans le dossier informatisé du patient. Cette transition est clairement communiquée à travers une plateforme de communication électronique.

Les principes de haute fiabilité sont de plus en plus appliqués dans les soins de santé afin d'identifier et de mettre en œuvre des solutions aux problèmes complexes des systèmes. Les organisations à haute fiabilité (HRO) sont caractérisées par le développement d'une culture institutionnelle qui recherche constamment les défauts, intègre les leçons apprises dans leur flux de travail et sont engagées à la résilience opérationnelle face à l'ensemble des facteurs de risques existants⁵. Elles sont également caractérisées par l'adoption de comportements dits CHAMP (en anglais **C**ommunicate clearly ; **H**andoff Effectively ; **A**ttention to detail ; **M**entor Each Other ; **P**ractice and Accept a Questioning Attitude) :

- Communiquer clairement ;
- Réaliser des transferts efficaces ;
- Être attentif aux détails et assurer la responsabilisation au niveau institutionnel et individuel ;
- Pratiquer et accepter le mentorat ;
- Pratiquer et accepter le questionnement concernant toutes les opérations.

Ces principes permettent de concevoir et de mettre en œuvre un flux de travail résilient et centré sur le patient, évitant les dommages, notamment dans des contextes hautement stressants, comme c'est le cas des SU.

Dans l'ensemble, une connaissance globale de la situation (notamment le flux, le volume et la complexité des patients), la mise en place de plusieurs niveaux de surveillance des patients, une définition et une communication claire concernant les responsabilités de chaque membre de l'équipe et une standardisation du flux de travail basée sur les principes de haute fiabilité permettent de créer des systèmes résilients où les erreurs potentielles sont détectées avant que le patient ne subisse un dommage. Dans ce cas-ci, la mise en place d'un tel système aurait, premièrement, évité la surcharge au niveau du SU et permis à la patiente d'être transférée et de recevoir à temps des soins opportuns et, deuxièmement, de définir clairement les responsabilités de chaque membre de l'équipe en diminuant les retards liés au déclenchement de la dialyse.

¹ Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35:1477-1483.

² Bing-Hua YU. Delayed admission to intensive care unit for critically surgical patients is associated with increased mortality. *Am J Surgery*. 2014;208:268-274.

³ Young MP, Goeder VJ, McBride K, James B, Fisher ES. Inpatient transfers to the intensive care unit: delays are associated with increased mortality and morbidity. *J Gen Intern Med*. 2003;18:77-83

⁴ Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between 178 Le circuit patient en structure des urgences Pierre-Géraud Claret length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*. 2011 ;18(12) :1324-9

⁵ Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001. ISBN: 978078795627