



Transferts non planifiés en soins intensifs : surveillance incertaine en cause

63

van Galen LS, Struik PW, Driesen BEJM et al.: Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions
PLoS ONE 2016; doi:10.1371/journal.pone.0161393

Le transfert non planifié d'un service de soins généraux vers une unité de soins intensifs (USI) est considéré comme un événement indésirable grave. Lorsque l'admission en USI ne peut pas être différée d'au moins 12 heures sans risque pour le patient, il s'agit d'un transfert non planifié. Cette problématique concerne des patients hospitalisés dont la détérioration de l'état général n'a pas été détectée à temps. Ces transferts étant associés à une mortalité élevée, il est essentiel de repérer au plus tôt l'aggravation de l'état général et d'intervenir rapidement pour éviter une admission en urgence en soins intensifs. A ce jour, les raisons expliquant les cas de détection tardive à l'origine d'un transfert non planifié en USI n'ont pas encore été examinées de manière approfondie.

Dans leur étude rétrospective menée à la clinique universitaire d'Amsterdam, van Galen et al. ont analysé de façon systématique les causes de 49 admissions non planifiées en USI de patients hospitalisés dans un service de soins généraux. Ils ont utilisé pour ce faire l'instrument PRISMA, validé pour l'analyse des incidents. Toutes les données relatives aux patients ainsi que les dossiers médicaux et infirmiers ont été pris en compte et évalués. Une équipe d'experts a ainsi élaboré pour chaque cas un arbre des causes complexe et catégorisé les causes directes et indirectes ainsi que les facteurs favorisants identifiés. Les patients étaient âgés de 69 ans en médiane, avec une proportion à peu près équivalente d'hommes et de femmes. Entre l'admission à l'hôpital et le transfert non planifié en USI, il s'écoulait en médiane 88 heures (= 3,6 jours). Une grande partie des transferts ont eu lieu dans la tranche horaire entre 18h00 et 6h00 du matin (53 %) et 19 patients sont décédés durant le séjour hospitalier (39 %). Au total, 155 causes ont été mises en évidence pour les 49 patients transférés d'urgence en USI. Dans 61 % des cas, il y avait entre 1 et 3 causes et dans 39 % des cas plus de 3 causes.

Les causes identifiées se divisaient en deux grands groupes : d'une part celles liées à la pathologie (45 %), qui ne pouvaient pas être influencées par les patients ou les professionnels (p. ex. tumeur progressive, sepsis chez des patients neutropéniques) et, d'autre part, celles imputables au personnel (46 %). Une faible proportion seulement était associée au patient (5 %), par exemple le refus de mesures de surveillance. Enfin, dans 3 % des cas, la cause principale était de nature organisationnelle (p. ex. pas de lits disponibles en USI). Dans la catégorie des causes liées au personnel, la surveillance et l'intervention insuffisantes

figuraient en tête de liste (resp. 34 % et 27 %). Pour 42 patients (86 %), les médecins traitants avaient prescrit une surveillance des paramètres vitaux, mais cette consigne n'a été suivie qu'une fois sur deux (41 % des cas). Dans les 48 heures précédant l'admission non planifiée en USI, 477 ensembles de paramètres vitaux ont été relevés auprès des patients. Dans 36 % des cas, ces données ont conduit à alerter le médecin. L'instrument de détection précoce mis en place a été utilisé correctement pour 6 ensembles de données seulement, alors que toutes les valeurs requises étaient disponibles. Sur la base des paramètres vitaux documentés, les auteurs ont recalculé le score de détection précoce et constaté que la moitié des ensembles de données aboutissaient à un résultat critique. Sur 49 patients, 46 étaient concernés (94 %). Autrement dit, si le score de détection précoce avait été déterminé à l'aide des paramètres vitaux disponibles, un signal critique aurait été donné dans la grande majorité des cas. Selon le protocole prévu, il aurait déclenché une suite de réactions définies, à commencer par l'information du médecin de service. Dans les faits (sans calcul du score), le médecin a été avisé dans 36 % des cas seulement. Cette analyse détaillée illustre la diversité des causes des transferts non planifiés en USI. Elle montre que l'absence de surveillance ou une intervention insuffisante malgré une surveillance correcte jouent souvent un rôle essentiel. Les résultats de l'étude ouvrent des pistes importantes pour des mesures d'amélioration. On observe en particulier que dans de nombreux cas, les paramètres vitaux ont été contrôlés peu avant l'admission en USI, mais que ces données n'ont pas été évaluées de façon systématique. L'application rigoureuse d'un système de détection précoce peut donc être utile pour apprécier l'état général de patients apparemment stables et motiver la prise de mesures afin d'éviter une nouvelle aggravation. Une bonne utilisation de l'instrument de détection précoce et des consignes claires sur la manière de réagir sont à cet égard indispensables.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27537689>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.