

Transferts interétablissements

Mots-clés : transfert interétablissement, parcours de soins, filières, coordination des soins, permanence des soins, répertoire opérationnel des ressources (ROR), régulation médicale, gestion des lits d'aval, tensions sanitaires, communication, pluriprofessionnalité

Secteur : toutes structures

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la prévention et la promotion de la santé. C'est dans ce cadre qu'elle appuie la nécessité de mettre en place des parcours de soins.

Le parcours de soins s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux, avec comme objectif de permettre à chacun de recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment ».

Ces parcours, déjà travaillés en intrahospitalier, doivent également se décliner, via des conventions en interétablissements, sanitaires et médico-sociaux, publics, privés et de ville.

A ce jour, les parcours interétablissements génèrent de nombreux presqu'accidents ou événements indésirables graves faute de :

- **concertation et coopération entre les professionnels,**
- **fluidité** du parcours (modalités de transfert, disponibilité des lits),
- **sécurisation de la prise en charge** (compétences, présence des professionnels, matériels sur site)

comme en témoignent les RETEX ci-après.



Ce que l'on retient

- Dans le contexte actuel de crise sanitaire, de tension d'effectifs soignants et de contraintes de places mises à disposition dans les établissements de santé, les transferts interétablissements se sont multipliés dans des conditions parfois aléatoires, susceptibles de générer des EIGS.
- Les Structures Régionales d'Appui (SRA) sont de plus en plus sollicitées pour accompagner les professionnels de santé dans l'analyse d'événements interéquipes et interétablissements, en collaboration avec les équipes de SAMU / SMUR, du SDIS ou de sociétés de transports privées.
- L'organisation de ces rencontres se révèle souvent complexe et chronophage mais elles n'en sont pas moins constructives et porteuses de sens lorsque tous les professionnels concernés participent à l'analyse.
- Ces réunions d'analyse permettent de sécuriser les parcours des patient et de formaliser des organisations avec l'ensemble des acteurs territoriaux, parfois sous forme de filières de soins. Elles sont aussi des opportunités de rencontres et d'échanges entre professionnels issus de milieux hétérogènes et équipes de Direction.

COORDINATION DES ACTEURS SUR UNE FILIÈRE DE PERMANENCE DES SOINS EN UROLOGIE

Décès d'un patient de réanimation d'un centre hospitalier dans les suites d'une perforation vésicale liée à la pose d'une sonde urinaire diagnostiquée tardivement dans le cadre de la permanence des soins en urologie réalisée par une clinique. Le parcours du patient a nécessité plusieurs transferts entre les deux établissements.

CAUSE IMMÉDIATE

Difficultés d'organisation et de coordination des acteurs dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) sur la filière d'urologie.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : pathologie exceptionnelle à diagnostic difficile (rupture spontanée de vessie sur pose de sonde urinaire), comorbidités cardiaques et oncologiques.
- **Liées aux tâches** : transfert non médicalisé d'un patient de réanimation vers une clinique sans activité réanimatoire car la clinique est l'établissement de recours pour l'urologie.
- **Liées aux professionnels** : aucune.
- **Liées à l'équipe** : information tardive des anesthésistes de la clinique concernant les transferts de ce patient, 2nd transfert du patient sans dossier médical.
- **Liées à l'environnement** : absence de matériel de chirurgie urologique au centre hospitalier ne permettant pas le déplacement du chirurgien, absence de service de réanimation à la clinique, horaires de la PDSSES urologique limités avec afflux des patients de plus en plus important, effectif limité des MAR et IADE sur la clinique pour les différentes activités concernées.
- **Liées au management / à l'organisation** : aucune.
- **Liées au contexte institutionnel** : la clinique est le seul établissement de santé à réaliser la PDSSES en urologie pour tout le territoire de santé concerné.

BARRIÈRES

- **Barrière de prévention** : une convention pour la PDSSES en urologie est signée par les établissements du territoire et désigne l'établissement de recours et les horaires concernés. Cette barrière n'a pas fonctionné car l'afflux des patients pour cette filière est de plus en plus important quels que soient les horaires, pendant et en dehors de la PDSSES.
- **Barrière d'atténuation** : les mesures d'urgences vitales n'ont pas fonctionné en lien avec l'état clinique très dégradé du patient.

ACTIONS

- **Clinique** : réaliser une concertation pluriprofessionnelle (urologue, MAR, et médecin adresseur) avant de prendre en charge un patient venant d'un service de réanimation.
- **Clinique et Centre hospitalier** : revoir les indications et modalités des transferts de patients issus de l'USC et/ou de la réanimation. Organiser des RMM régulières entre les 2 établissements pour évaluer ces transferts.
- **Clinique et Centre hospitalier** : s'informer mutuellement lors de la déclaration externe d'EIGS sur des parcours concernant les 2 établissements.
- **Territoire** : continuer de travailler les accords conventionnels sur la PDSSES en urologie.

SORTIE PRÉCOCE D'UN SERVICE D'URGENCE VERS UN FOYER D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ

Un résident de foyer d'accueil spécialisé (FAS) atteint de troubles mentaux chute avec son fauteuil roulant dans l'escalier de sortie de secours. Le résident est transféré aux urgences où il présente une convulsion généralisée (pathologie connue et traitée). Après une nuit en observation sans investigations complémentaires, le résident est retransféré vers le FAS avec comme transmissions un traumatisme avec fracture de la face. Le lendemain matin, l'état clinique du résident se dégrade. L'IDE du FAS appelle le SAMU. Le résident est transféré vers un autre service d'urgence, le premier étant en tension. Le résident décède le lendemain.

CAUSES IMMÉDIATES

Accessibilité de l'escalier de sortie de secours avec son fauteuil roulant.
Sous-évaluation de la gravité clinique du résident aux urgences.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : résident ayant un déficit mental et physique (fauteuil roulant).
- **Liées aux tâches** : orientation du résident après régulation vers 2 services d'urgence différents, défaut de prise en charge de l'urgence vitale.
- **Liées aux professionnels** : défaut de perception de la douleur et des capacités cognitives du résident lié au handicap, "effet tunnel" dans la prise en compte de la convulsion.
- **Liées à l'équipe** : méconnaissance du fonctionnement des structures dites médico-sociales (pas de présence médicale 24h/24 sur ces structures dites « médicalisées »).
- **Liées à l'environnement** : au foyer, porte d'accès à l'escalier de secours non verrouillable en raison de la sécurité incendie. Suractivité aux urgences liée à la crise sanitaire COVID.
- **Liées au management/à l'organisation** : absence de validation médicale du transfert.
- **Liées à l'institution** : sortie précoce vers le foyer d'accueil spécialisé.

BARRIÈRES

- **Barrière d'atténuation** : Appel au 15 pour transfert vers un service d'urgence, transmission de la fiche de liaison aux urgences accompagnée d'un appel téléphonique pour transmettre les éléments médicaux.

ACTIONS

- **FAS** : Renforcer les grooms des portes de secours et la signalétique, Formaliser la gestion des transferts et des retours d'hospitalisation en foyer. Former tout le personnel à l'AFGSU (AS et Auxiliaires).
- **FAS/ Urgence du Centre Hospitalier** : Elaborer un protocole dans le cadre des relations avec les urgences reprenant les modalités d'adressage aux urgences et la validation des retours au sein du foyer.
- **Aux urgences** : Former les professionnels à la prise en charge des patients ayant un handicap. Améliorer la communication avec le service de résidence.
- **A la régulation** : Favoriser un retour sur le même service d'urgence : transfert du patient dans un service d'urgence différent du premier.

RETARD DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE D'UN ENFANT

Retard de prise en charge hospitalière d'un enfant victime d'un accident domestique survenu un samedi après-midi.

CAUSE IMMÉDIATE

Défaut de plateau technique et d'identification de lit d'aval adaptés à la prise en charge d'un enfant présentant une fracture ouverte.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : prise en charge complexe d'un jeune enfant présentant une plaie profonde.
- **Liées aux tâches** : indication opératoire imprécise lors de la prise en charge initiale : réimplantation/amputation ?
- **Liées aux professionnels** : défaut d'expérience du chirurgien orthopédiste du CHU de recours.
- **Liées à l'équipe** : absence de communication directe entre la régulation du SAMU et le chirurgien du CHU de recours à l'origine d'une perte d'informations et d'une qualification inadaptée de la lésion de l'enfant.
- **Liées à l'environnement** : accident survenu à domicile, en période de permanence des soins, sur un territoire isolé, situé au confluent de différentes régions.
- **Liées au management/à l'organisation** : défaut de supervision au niveau de la régulation du SAMU et à un niveau territorial, du fait d'interlocuteurs multiples (plusieurs équipes de SAMU/SMUR, orthopédistes, urgentistes et administratifs de différents CH et CHU sur 7 départements de 4 régions différentes), à l'origine d'une perte de temps . Absence de communication avec l'ARS dans la gestion de la crise.
- **Liées à l'institution** : absence de convention et de filière formalisée à un niveau régional entre les différents établissements du territoire concernant la chirurgie orthopédique pédiatrique ; absence de chirurgien référent et de centre de référence identifiés.

BARRIÈRES

- **Barrière de récupération** : prise en charge de l'enfant par un CHU extra régional en fin de journée grâce aux sollicitations des différents chirurgiens orthopédistes.
- **Barrière d'atténuation** : prise en charge efficace de l'enfant à domicile par le médecin urgentiste du SMUR avec mise en œuvre d'une antibioprofylaxie et d'une antalgie adaptées (absence de complication post opératoires).

ACTIONS

- **Territoire** : définir avec l'ARS une filière de chirurgie d'orthopédie pédiatrique à un niveau territorial/régional avec identification d'un centre de référence et d'un chirurgien référent.
- **Centre Hospitalier** : Alerter directement l'ARS lors de situations de crise.
- **Centre Hospitalier** : Réaliser un retour d'expériences sur cet EIGS avec les équipes chirurgicales afin de sécuriser les prises en charges et d'améliorer les pratiques de communication lors de la permanence des soins.
- **SAMU / SMUR** : Définir un délai à partir duquel le SMUR prenant en charge un patient à domicile doit obligatoirement rejoindre un environnement sanitaire sécurisé.
- **SAMU / SMUR** : Communiquer sur le rôle du médecin régulateur du SAMU (formation/simulation).
- **SAMU / SMUR** : Améliorer le recueil et la transmission des informations avec données cliniques et indication chirurgicale précise.
- **SAMU / SMUR** : Prioriser la communication directe de médecin sénior à médecin sénior.

ÉVÈNEMENT PORTEUR DE RISQUES (EPR) : SÉJOUR INAPPROPRIÉ AUX URGENCES D'UN PATIENT PRIS EN CHARGE UN DIMANCHE POUR COVID 19

Un dimanche en début d'après midi, un patient âgé de 75 ans, porteur d'un emphysème pulmonaire suivi, d'une néoplasie pulmonaire et d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, est pris en charge pour COVID 19 aux Urgences d'un Centre Hospitalier (CH). Après de multiples appels téléphoniques et une recherche infructueuse de places dans différentes unités des CH de proximité et du CHU de recours, il passe la nuit sur le brancard des urgences. Absence de conséquence grave pour le patient.

CAUSE IMMÉDIATE

Retard de transfert par absence de lit d'aval lors de la permanence des soins.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : comorbidités à risque d'évolution défavorable, pathologie aiguë et complexe.
- **Liées aux tâches** : logigramme territorial insuffisamment défini pour la prise en charge des patients COVID en situation dégradée au sein du CH, tâches inappropriées pour les soignants des urgences, outils d'aide à la décision non accessibles aux soignants des urgences.
- **Liées aux professionnels** : défaut de connaissance et d'utilisation du répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour rechercher une place adaptée sur le territoire.
- **Liées à l'équipe** : défaut d'adaptation à une situation imprévue, manque de coordination entre pairs.
- **Liées à l'environnement** : complication d'un transfert en lien avec l'organisation sanitaire multi site du GHT, manque de lit d'aval dès le dimanche matin occasionnant un retard dans les prises en charge aux urgences et un cumul de patients hospitalisés aux urgences.
- **Liées au management / à l'organisation** : changement d'organisation interne en lien avec le manque d'effectif médical (procédure dégradée avec fermeture de l'UHCD), charge de travail inadaptée pour le médecin urgentiste, communication interétablissements difficile.
- **Liées à l'institution** : convention interétablissements non opérationnelle lors de procédures dégradées, absence de diffusion de la stratégie régionale de la gestion des lits, gestion inadaptée de l'absentéisme médical pendant cette période de permanence des soins, ressources sanitaires insuffisantes.

BARRIÈRES

- Absence de barrières identifiées.

ACTIONS

- Adapter le logigramme GHT de prise en charge des patients COVID.
- Formaliser le protocole de prise en charge des patients isolés à risque de défaillance et en attente de transfert.
- Au niveau du GHT, adapter la filière de soins critiques sur le territoire en identifiant le meilleur parcours et en incluant le recours aux établissements privés.
- Développer un programme de fidélisation des professionnels de santé.
- Former les médecins à l'utilisation des outils mis à disposition lors de recherche complexe de lits d'aval (ORU, ROR).
- Mettre à disposition des médecins urgentistes le répertoire des numéros directs interétablissements.

POUR ALLER PLUS LOIN

- <https://www.esea-na.fr/gip/repertoire-operationnel-des-ressources>
- Recommandations FEDORU. Avril 2019. Focus opérationnel sur le Plan de Mobilisation Interne des Établissements de santé du guide tensions et SSE. Situations sanitaires exceptionnelles. Gestion des épisodes de tension en établissement. https://www.oruna.fr/system/files/public/FEDORU-GUIDE_TENSION_vf.pdf
- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022484932>
- Code de santé publique : articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 concernant l'autorisation d'exercice l'activité de soins de médecine d'urgence par un établissement de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196956/#LEGISCTA000006196956
- Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045641091>
- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006145495/2022-04-24/
- Flash sécurité patient SAMU. Et si chacun jouait sa partition. 20 janvier 2022. HAS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/2022_01_20_flash_samu_vd.pdf
- Recommander les bonnes pratiques. HAS. Guide méthodologique SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins 2020 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/guide_methodologique_qualite_samu.pdf
- Guide d'aide à la régulation médicale SFMU : <https://www.guide-regulation-medicale.fr/fr/>
- Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé. Mai 2018 https://www.samu-urgences-defrance.fr/medias/files/ModerniserLaRegulationMedicale-TexteLong_mai2018.pdf
- « Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité » Jérôme Cros. Juin 2018. Arnette. <https://www.unitheque.com/mieux-communiquer-entre-soignants/arnette/Livre/125001>