
PATIENT SAFETY REPORT

RAPPORT TRIMESTRIEL

Newsletter #21 - mai 2023



TOWARD EXCELLENCE IN HEALTHCARE



INTRODUCTION

Patient Safety Report
Newsletter #21 - mai 2023

crédit photo : mikiyoung kim design

Suite à vos nombreux retours et avec l'appui de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Ile de France, le site de la Patient Safety Database fait peau neuve.



La nouvelle plateforme sera lancée durant le mois de mai 2023, avec l'objectif de rendre pédagogique la déclaration d'événements indésirables et développer la culture du reporting par un processus simple.

La nouvelle plateforme a été repensée pour proposer des ressources aux professionnels partageant des expériences ou des incidents : en plus des Patient Safety Reports, ressources pédagogiques très appréciées déjà et que nous continuerons à publier, des outils concrets viendront étayer les cas publiés sur la plateforme.

Le chatbot - agent conversationnel - mis en place dans la précédente version de la Patient Safety Database en 2019 avait l'objectif d'accompagner le déclarant. Nous poursuivons l'amélioration de cette innovation en fluidifiant l'interaction, l'expérience utilisateur et orientant l'interaction avec le déclarant pour davantage se rapprocher de la grille d'analyse ALARM. L'objectif sous-jacent : faciliter et homogénéiser les démarches portées par plusieurs autorités de santé telles que la Haute Autorité de Santé ou des organismes de certification internationaux (Joint CI, Canada A...).

Un des principaux avantages de la grille ALARM est sa simplicité et son adaptation à l'ensemble des spécialités et activités de soin. Elle permet notamment une vision plus systémique et élargie de l'événement analysé, et surtout des barrières à garder, renforcer ou mettre en place suite à une analyse correctement effectuée.

L'ambition de cet agent conversationnel - chatbot - est de rendre la déclaration simple pour des soignants, notamment les professionnels non initiés au retour d'expérience.

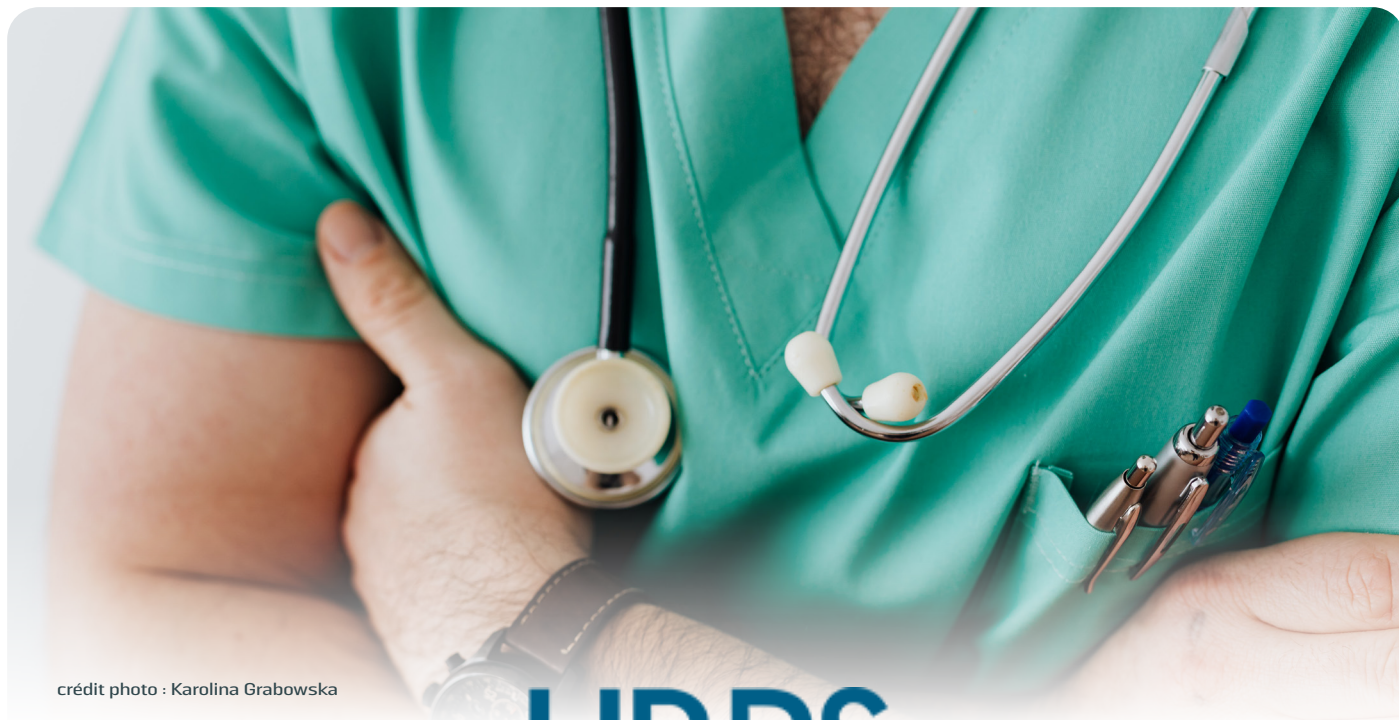
Notre prochain Patient Safety Report prévu en juin 2023 sera dédié à ces nouveautés et les questions de reporting.

Ce Patient Safety Report est également l'occasion de vous annoncer une grande nouvelle : la Patient Safety Database est désormais une association, permettant de développer ses activités grâce au soutien de mécènes, bénévoles et sponsors : parlez-en autour de vous !

L'association vous proposera avec la nouvelle version du site prévu en mai 2023 un accès à la base de données des cas déclarés et modérés.

Nous profitons de ce Patient Safety Report pour remercier l'ensemble des personnes qui portent cette démarche d'amélioration des soins, notamment auprès des professionnels de santé ne bénéficiant pas des fonctions supports disponibles en établissement de santé comme la gestion des risques.

Bonne lecture.



crédit photo : Karolina Grabowska



LA PATIENT SAFETY DATABASE ET L'URPS MÉDECINS ÎLE-DE-FRANCE

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Ile de France représente et accompagne 21 000 médecins libéraux en Île-de-France. L'URPS a choisi de réaliser une expérimentation avec la Patient Safety Database afin de permettre aux professionnels de santé libéraux d'Ile de France de partager leur expérience (déclarer des événements), télécharger au format pdf et envoyer le résultat de ce partage aux institutions compétentes (ARS, HAS, organisme d'accréditation, etc).

La sollicitation faite par l'URPS Ile de France à l'équipe de la Patient Safety Database confirme l'ambition d'en faire non pas un simple outil philanthropique mais surtout un réel moyen de suivi des événements indésirables pour les institutions.



crédit photo : SafeTeam Academy

IMPLIQUER L'ÉQUIPE POUR NE PAS SE TROMPER

IADE, astreinte de 24h fort chargée. Nuit profonde intense avec que de la pédiatrie. Mon anesthésiste n'est pas un grand fan de la petite pédiatrie. Ça le rend anxieux (et moi aussi). C'est la veille de ses vacances. Il est préoccupé par son horaire de départ demain et sa valise non terminée. Son épouse l'accable de textos parce qu'il avait oublié de la prévenir de son astreinte. Il ronchonne devant les parents d'une petite fille qui a une plaie de l'œil et sont venus de loin en urgence. Une coupure générale du wifi rend les DECT hors service. Il peste. « Mais putain ! ». Devant les parents. Je m'entends très bien avec lui. On s'apprécie. C'est un ancien militaire très rigoureux par ailleurs. Il a une forte exigence. Je lui coupe un peu la parole en plaisantant « il est bougon mais c'est un super doc. ». Avec un large sourire devant les parents. Je m'adresse à lui en plaisantant « oui chef, bien chef ». L'atmosphère se détend. La maman sourit. Il semble réaliser qu'il n'est pas trop « dedans ». On arrive dans le bloc. Il coupe tout le monde (le chirurgien s'habille) « (prénom du chirurgien) / (prénom de l'IBODE) : on va tout recompter ensemble ». Et le voilà en train de leur faire faire un exo de calcul mental pour calculer les doses. Le chirurgien déclare « mais j'y connais rien ». Et là cette réponse : « justement, tu ne seras pas influencé. Moi je ne sais plus compter là. Donc, combien font 0,3 mg fois 18 kilos ? » Il a senti qu'il serait plus sensible à un biais qui le raccroche à des doses « connues ». Il est passé en mode « renfort de protection ».

Cela n'a été possible que parce que l'ambiance le permettait... c'est drôle comme le chirurgien et l'IBODE ont été « flattés » d'être sollicités. Transitoirement, la barrière entre leur monde et le nôtre est tombée.

Point positif : *implication de l'équipe chirurgicale pour faire office de renfort cognitif, soutien émotionnel et apaisement d'une tension.*

Point d'amélioration : *utiliser des techniques d'optimisation du potentiel pour se détendre, se focaliser. Reporter la chirurgie si incapacité à conduire l'intervention sereinement.*

MOTS CLÉS : équipe, cross check, dosage



Crédit photo : SafeTeam Academy

CONFLIT D'UBIQUITÉ ENTRE CHIRURGIENS

Anesthésiste, en bloc de chirurgie cardiaque, en semaine, en journée. Réalisation d'une chirurgie de remplacement de valve mitrale, programmée, au bloc opératoire de chirurgie cardiaque. Appel téléphonique de la part des urgences pour suspicion de dissection aortique. L'équipe chirurgicale est composée d'un chirurgien vasculaire et d'un chirurgien cardiaque qui sont faisant fonction d'aide opératoire. Le chirurgien responsable du patient n'est pas encore sur place. Après réalisation du scanner, les urgentistes rappellent pour informer du diagnostic : rupture iliaque rétropéritonéale sur une fistule urétérale et iliaque. Le chirurgien vasculaire souhaite voir les images. Il laisse l'autre chirurgien aide opératoire continuer de disséquer le péricarde avant la canulation. Il veut prendre le patient qui relève d'une chirurgie en bloc général, relativement urgente d'après lui. Le bloc général est saturé, et le chirurgien vasculaire de garde déjà engagé sur une intervention. Agitation dans le bloc opératoire avec refus de la part de l'équipe (IBODE et anesthésiste) de réaliser une intervention rétropéritonéale dans le bloc de chirurgie cardiaque (matériel différent, pas l'habitude...). Insistance du chirurgien vasculaire aide opératoire, qui n'est pourtant pas de garde et qui n'est pas responsable de ce patient. Finalement, il renonce. Coup de gueule et jet du téléphone par le chirurgien vasculaire aide-opératoire : «de toute façon, c'est pas mon malade et je ne suis pas le chir de garde». Cadre du bloc opératoire qui revient à la charge en disant qu'on ne peut pas faire n'importe quoi dans le bloc de chirurgie cardiaque. Il revient sur le champ opératoire mais son esprit est ailleurs. Pas de conséquence sur le patient opéré, redux donc à risque en termes de dissection, dans ma salle mais distraction importante.

Partage d'une situation qui pose question sur le plan organisationnel, en particulier en termes de gestion des urgences, de l'appétence à recruter des malades qu'ont certains chirurgiens alors qu'ils ne sont pas disponibles et déjà en train d'opérer.

Point positif : *Pas d'aggravation du conflit. Maintien d'une position raisonnable face à un comportement que l'on peut considéré déviant*

Point d'amélioration : *Limitier les interruptions de tâche au bloc opératoire. Limiter les appels téléphonique, désigner une personne pour gérer les appels extérieurs*

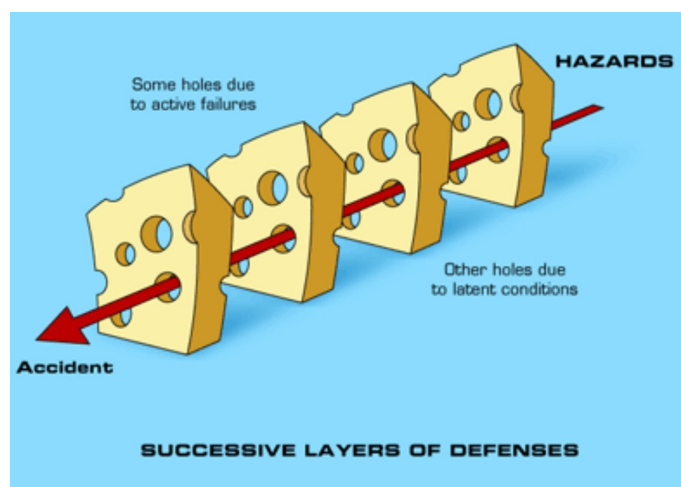
MOTS CLÉS : chirurgien, interruption en cours d'intervention, conflit d'ubiquité, leadership

LES ENCHAÎNEMENTS DIABOLIQUES



L'expert :
Christian Morel
Sociologue, conférencier et
conseil Facteurs humains
et gestion des risques

Le cas m'a rappelé que, dans une action collective, de petits dysfonctionnements, qui isolés n'auraient pas provoqué une erreur, peuvent aboutir à une aberration ou un dysfonctionnement majeur s'ils se combinent. C'est un mécanisme bien connu en aéronautique où l'on sait que les pilotes commettent fréquemment des erreurs, mais celles-ci généralement ne se traduisent pas par un incident ou accident car elles ne se combinent pas à d'autres. Dans les activités à risque, les systèmes sociotechniques comportent plusieurs protections humaines et techniques de telle sorte que, si l'une cède, les autres vont assurer la sauvegarde. James Reason (1) a formalisé ceci en proposant le modèle de l'empilement de tranches de gruyère.



Chaque erreur potentielle est illustrée par un trou dans une tranche. Tant que les trous de l'empilement des tranches ne sont pas alignés, les protections successives symbolisées par les tranches fonctionnent. Par exemple, une erreur de côté à la radiographie (premier trou) est non détectée du fait d'une absence de marquage sur le patient (deuxième trou) mais la checklist de bloc opératoire va permettre de bloquer les deux premières erreurs. Cependant si tous les trous des tranches de gruyère sont alignés, la méprise catastrophique survient. Ainsi l'erreur de côté à la radiographie (premier trou) est suivie par une absence de marquage sur le patient (deuxième trou), non corrigée par la checklist escamotée en raison de l'arrivée tardive du chirurgien (troisième trou),

le patient reste mutique alors qu'on le prépare du mauvais côté, en raison de l'absorption d'un anxiolytique (quatrième trou), et finalement l'équipe chirurgicale omet une ultime vérification en raison d'une baisse de vigilance à la suite d'une nuit de garde agitée (cinquième trou). Le patient est incisé du mauvais côté.

Un exemple d'un enchaînement catastrophique est la décision de lancer à tort la navette Challenger. Les ingénieurs qui avaient conçu les joints des boosters pensaient que les hivers en Floride étaient toujours doux (première erreur). Ils n'avaient donc pas étudié le comportement des joints à de basses températures atmosphériques (deuxième erreur). Le jour du lancement, il fait très froid en Floride. Les ingénieurs se sont souvenus que les joints avaient mal fonctionné lors d'un essai précédent par température froide et en font part aux responsables de la NASA. Ces derniers ignorent l'alerte car ils sont trop confiants dans la fiabilité des boosters (ils croient que le taux de fiabilité est de 1 pour 10 000 ou plus alors qu'il n'est que de 1 pour 100) (troisième erreur). La NASA demande aux ingénieurs des joints de prouver qu'ils ne fonctionnent pas par temps froid, ce qu'ils ne peuvent établir car convaincus de l'absence d'hiver en Floride, ils n'ont pas ces données chiffrées (quatrième erreur). La présence du Président des États-Unis au lancement atténue la vigilance de la NASA (cinquième erreur). Lors de la prise de décision, les ingénieurs ne sont pas invités à voter car ils n'ont pas le statut de manager (sixième erreur). La décision finale est prise en téléconférence, ce qui rend invisibles les signaux inquiets non verbaux des ingénieurs des joints et empêche les conversations de couloir non cloisonnées par statut (septième erreur). C'est l'accumulation des sept erreurs qui a provoqué la catastrophe et non chaque erreur prise individuellement. Il aurait suffi qu'une des sept erreurs ne soit pas commise pour l'empêcher. Par exemple, si la NASA avait accepté l'alerte fondée sur une intuition et non sur une démonstration chiffrée, le lancement aurait été annulé. De même si sa vigilance n'avait pas été atténuée par la présence du président des USA.

L'ignorance des enchaînements catastrophiques est liée à un défaut fréquent de vision des risques qui, focalisée sur un facteur, n'est pas systémique. Elle provient du biais de disponibilité consistant à attribuer l'accident à ce qui est le plus visible : un individu coupable ou une faiblesse technique sans regarder les autres éléments contributifs (facteurs humains, causes profondes, etc.). Les techniques les plus connues pour détecter les enchaînements d'erreurs sont appelées méthode de l'arbre des causes, méthode des causes racine, diagramme d'Ishikawa (en arêtes de poisson) ou analyse des plaques de protection de Reason (alignement ou non des trous dans les tranches successives de gruyère).

(1) Reason, James, "The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems". Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, vol 327, numéro 1241, 12 avril 1990.



QUIZZ



Voici des pousSES seringues avec différents designs. Connaissez-vous l'impact du design dans la sécurité des soins ?
Quel est pour vous le design idéal d'un pousse seringue ?
Partagez-nous votre avis et envoyez nous vos dessins sur report@patientsafetydatabase.com

LE MESSAGE N'EST PAS PASSÉ

En salle de réveil en fin de journée, j'amène en SSPI un patient opéré d'une péritonite sur perforation diverticulaire à J7 d'une coelioscopie exploratoire avec antibiothérapie. Il présente un sepsis sévère et une antibiothérapie d'une péritonite nosocomiale est initiée dans un contexte d'allergie aux bêta lactamines. Il reçoit un bolus de 2000 mg de vancomycine et un relais est prescrit informatiquement par 2 g IVSE en 24h. Il est décidé de mettre en place un cathéter central dans ce contexte. C'est la fin de journée et je demande à un IDE plus expérimenté de m'aider. En cours de pose du cathéter central, le pousse seringue de vancomycine sonne en pré-alarme. Je demande de mettre la nouvelle vancomycine. L'IDE me pose une question et je lui dis (peut être trop sèchement) de regarder sur l'informatique. Mon idée est d'éviter une erreur car je suis occupé. Il met en place la seringue de vancomycine. Je m'apprête à rentrer chez moi quand il m'appelle pour dire que la vancomycine est terminée (4g en 4 h au lieu de 24h). En débriefant ensemble, il me dit avoir compris a posteriori que c'était la dose d'entretien. J'ai supposé qu'il avait compris la prescription et je n'ai pas vérifié à la fin de mon geste. Il n'a pas osé verbaliser son doute et j'étais persuadé que la "barrière" prescription écrite était robuste.

Point positif : *vigilance lors de la pose du cathéter*

Point d'amélioration : *validation du message reçu, oser dire, cross checking*

MOTS CLÉS : pousse seringue, dosage, interruption de tâche

“OSER DIRE” LORS D’UNE TÂCHE CRITIQUE



L'expert :
Dr Thomas Lopes, anesthésiste-réanimateur, pilote privé.

Attention aux situations de fin de journée. Le phénomène a bien été étudié en aéronautique dans l'analyse des sorties de pistes survenant souvent en fin d'étape, en fin de journée. Ce mécanisme appelé « destinationite » induit des comportements précipités ou persévérants lors de tâches tunnelisantes.

Dans ce cas, l'opérateur est fatigué et n'attend qu'une chose : rentrer chez lui. C'est dans ces contextes qu'il faut **RALENTIR** et adopter l'adage : 10 secondes pour 10 minutes. Cette prise de recul forcée permet au minimum de balayer l'environnement du regard et au mieux réaliser un briefing permettant d'aborder les interrogations des membres de l'équipe. La pression temporelle altère les mécanismes de communication. C'est précisément lors de telles circonstances qu'il convient d'utiliser une communication dite "sécurisée" ou "fiabilisée".

Lors de toute tâche critique – ici, le changement de pousse seringue – on pourra utiliser (pour l'infirmier) l'auto-contrôle en pointant et verbalisant haut et fort l'affichage de la pompe. Le cran au-dessus eut été de réaliser un contrôle croisé avec un autre membre de l'équipe capable de visualiser l'affichage du PSE. L'interruption du médecin au cours d'une tâche tunnelisante (pose de cathéter) se solde par une rupture de communication. Ici, on peut suggérer à l'équipe une stratégie d'interruption en 4 temps :

- 1/ la tâche en cours est-elle critique et mon interruption différable ?
- 2/ je demande si l'interruption est possible,
- 3/ j'interromps de manière claire et concise,

4/ je ramène la personne interrompue au plus près de sa tâche avant interruption ou je l'encourage à reprendre son action depuis le début.

L'IDE signale ne pas avoir « osé » verbaliser ses doutes. De telles situations sont fréquentes et sont un obstacle à la levée de messages ambigus pouvant mettre en danger la sécurité du patient. On conseillera à l'équipe l'application d'une communication dite « assertive » venue de l'aéronautique. Elle permet aux co-pilotes d'exprimer un doute ou un inconfort notamment face à un gradient hiérarchique élevé ou face à un coéquipier en persévérance déraisonnable. C'est une approche graduée :

Temps 1/ je fais une remarque : « c'est inhabituel comme dosage... !? »

Temps 2/ je fais une suggestion : « peux tu me répéter la prescription... ? »

Temps 3/ Je fais une annonce structurée que je répète si besoin : « le dosage de 4g en 4h me paraît excessif ! »

Temps 4/ je demande un point de situation ou j'appelle à l'aide : « STOP ça ne me va pas ! On fait une pause SVP ? »

Le médecin montre des signes de surcharge cognitive par son agacement à une question pourtant légitime de l'IDE. C'est lorsque la saturation cognitive guette qu'il faut forcer le « désengagement » de la tâche : se poser, lever la tête, faire 3-4 efforts de respiration. Cette fenêtre de désengagement aurait peut-être permis une communication en boucle fermée avant la mise en route du PSE de vancomycine évitant ainsi le malentendu. Bravo à l'équipe d'avoir débriefé l'incident afin de ne pas rester sur une mauvaise impression et des frustrations handicapantes pour toute l'équipe.



INTERRUPTION DE TÂCHE ET CULPABILITÉ

Service de réanimation, il est minuit, tout est calme. Pas d'entrée prévue, les malades sont stables, pas de manque de personnel, pas de tension dans l'équipe, première nuit de travail pour l'infirmier. C'est un infirmier expérimenté, plus de 15 ans de service, il est reposé, revenant juste de congés. Parmi ses patients en charge, un patient évolue de façon favorable et ne suscite pas d'inquiétude particulière. Sous insulinothérapie comme bon nombre de patients en réanimation, le dextro de contrôle de minuit met en évidence une hypoglycémie sévère. L'infirmier contacte le réanimateur qui prescrit l'administration d'une ampoule de G30% et l'arrêt temporaire de l'insulinothérapie. Dans la minute qui suit l'injection de l'ampoule le patient présente une fibrillation ventriculaire. Appel immédiat de renfort et du médecin réanimateur qui procède aux manœuvres de réanimation habituelles. Le réanimateur lui demande s'il a procédé à un soin dans les 5 minutes précédent et il lui répond avoir administré l'ampoule de G30 comme demandé. Pris de doute, il vérifie dans la poubelle et constate que ce n'est pas une ampoule de G30 qu'il a injectée, mais une ampoule de Potassium. Il informe immédiatement le réanimateur qui ajuste sa réanimation en fonction de cette nouvelle donnée. Il réussira ainsi après 20 minutes de réanimation à récupérer une activité cardio-circulatoire le patient reprenant un rythme cardiaque régulier. Au décours de cette réanimation, après 1 semaine, l'évolution sera finalement favorable et le patient pourra quitter le service sans aucune séquelle de cette malheureuse erreur. La famille sera informée le jour même de l'accident par souci de transparence et conformément aux règles en vigueur.

Les conséquences psychologiques sur l'infirmier furent immédiates comme on peut se l'imaginer dans de telles circonstances. Le sentiment de culpabilité était tellement fort qu'un accompagnement psychologique a immédiatement été mis en place. Une RMM a été organisée à distance de l'épisode avec l'équipe médicale, l'équipe qualité de l'établissement, l'équipe d'encadrement et bien évidemment l'infirmier.

Cette réunion s'est placée dans le cadre de la bienveillance afin de bien prendre soin de ne pas majorer ce sentiment de culpabilité et de ne pas donner l'impression d'un tribunal. Au contraire l'objectif était d'être constructif et de travailler ensemble à la manière de mettre en place des actions correctives pouvant permettre à l'avenir de limiter ce risque d'évènement indésirable grave.

Une analyse chronologique complète de la phase précédant l'accident a mis en évidence le fait que l'infirmier avait été brièvement interrompu par sa collègue afin de définir ensemble l'ordre des toilettes à faire pour la nuit. Cette interruption a eu lieu au moment précis où l'infirmier préparait l'ampoule de G30. On venait, par cette analyse minutieuse, de mettre en évidence un phénomène pourtant si connu qu'est celui de l'interruption de tâche. L'infirmier n'ayant même pas réalisé, après l'accident, l'importance de cette interruption l'avait complètement ignoré, recentrant sur sa seule personne, la responsabilité de l'erreur d'administration. La formalisation de cette interruption de tâche comme possiblement responsable de l'erreur a permis à l'infirmier de mieux accepter l'évènement et d'atténuer ce sentiment de culpabilité afin de l'aider à surmonter cette épreuve.

Par la suite, l'établissement avec l'équipe qualité, a mis en place un travail spécifique d'information auprès des soignants sur la question des interruptions de tâches. L'infirmier a pu reprendre confiance en lui et continuer son activité. Le patient a rejoint son domicile offrant ainsi un dénouement apaisé à cet évènement indésirable grave.

Sous, ce que l'on pourrait qualifier d'erreur parfaite (un soignant administre un produit sans vérifier ce qu'il prépare), se cachait finalement une explication plus complexe où intervient un Facteur Humain bien trop souvent négligé dans le monde de l'hôpital : l'interruption de tâche. La préparation d'un médicament, notamment en réanimation, où coexistent des drogues d'importances relatives et d'autres drogues potentiellement létales mais quotidiennement utilisées, devrait être une phase sanctuarisée. Personne ne devrait interrompre le soignant réalisant cette tâche. On est ici dans l'exemple typique de la conséquence éventuelle d'une interruption de tâche. Il y a un manque criant de culture sur ce sujet notamment dans les services de réanimation qui sont très ouverts et où circule constamment le personnel soignant. On se parle, s'interpelle à voix haute sans prendre garde à ce que fait l'autre. Paradoxalement, alors que c'est un lieu où l'on manipule des drogues dangereuses, la sanctuarisation de la préparation des médicaments n'est pas inscrite dans les habitudes des soignants. C'est par l'analyse de ce type d'évènements que l'on peut améliorer significativement la sécurité dans un service. Cette analyse doit se faire avec bienveillance afin de préserver l'humain au cœur de l'accident.

Point positif : *prise en charge du soignant, RMM bienveillante, récupération immédiate*

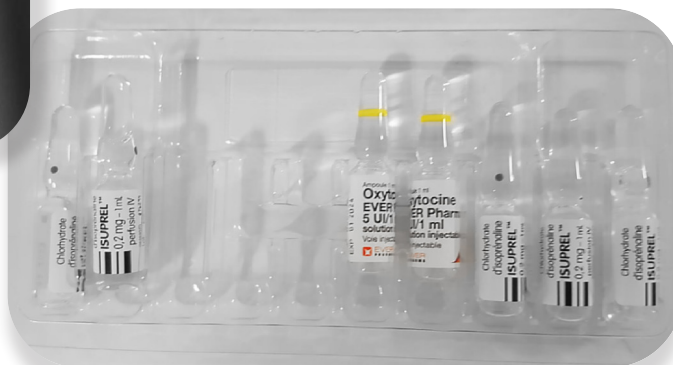
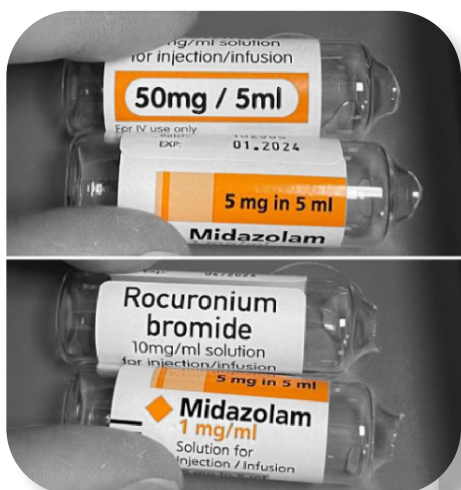
Point d'amélioration : *vigilance auprès des interruptions de tâche, environnement constamment bourdonnant, sanctuarisation de la préparation des médicaments*

MOTS CLÉS : interruption de tâche, RMM, réanimation

LOOK ALIKE DRUGS



OÙ EST CHARLIE?



Des conditionnements
trop similaires...



POINT DE VUE DE SÉAMUS THIERRY LE PIÈGE DES "LOOK ALIKE", VÉRITABLES TUEURS SILENCIEUX.

Les conditionnements similaires de médicaments puissants sont source d'erreurs parfois fatales. Les mécanismes menant à l'erreur constituent de véritables phénomènes dynamiques indépendants de l'expérience du soignant. Ci-dessus, différentes illustrations d'un piège, banal à 11h, mortel à 04h30 (en nuit profonde).

Les conditionnements d'apparence similaire, ou encore "Look alike" en anglais, peuvent être considérés inoffensifs lorsqu'on prend le temps de lire les étiquetages à tête reposée, en environnement calme. Cependant, leur pleine dangerosité se révèle en condition d'utilisation réelle, aussi bien dans des flux de routine que d'urgence.

Pression temporelle, nuit profonde, actions simultanées en cours, faible luminosité, interruption de tâche, gestion d'alarmes intempestives, fatigue accumulée, viennent compliquer l'identification formelle d'une ampoule par un soignant... Chacun d'entre nous a des exemples en tête de confusion d'ampoules rattrapées sur le fil ("near-miss") ou ayant malheureusement généré un accident pharmacologique. Notons la variabilité des conditionnements au gré des tensions d'approvisionnement, source de confusion ajoutée.

De nombreux services sont concernés par ce risque latent : pré-hospitalier, urgences, maternité, médecine/chirurgie... ces lieux possèdent les caractéristiques communes suivantes :

- Pression de production.
- Environnements de travail complexes, dynamiques, probabilistes et instables.
- Interruptions de tâches.

Le problème des "lookalike" est multifactoriel, systémique et mondial. Saluons en France le travail récent de l'ANSM qui établit un premier verrou de détrompage selon une norme ISO : [Étiquetage des ampoules et autres petits conditionnements de solutions injectables de médicaments : actualisation de la recommandation pour limiter le risque d'erreur médicamenteuse - ANSM](#).

Nom du médicament® DCI Xmg- Y mL Zmg/mL Voie d'administration	Après la mise en oeuvre des recommandations
--	---

C'est un premier pas de standardisation qui sécurise l'aval de la préparation en salle, mais qui reste sensible aux interruptions de tâches, aux distractions (alarmes) et ne protège pas d'une confusion d'ampoule en amont.

Les "lookalike drugs" sont un risque inutile et sournois :

- porté par les épaules des soignants (le soignant devient la seconde victime de l'accident pharmacologique)
- se rajoutant à d'autres sources d'erreurs médicamenteuses non abordées ici (erreur de calcul / dilution / de mode d'administration...)

Chaque étape du circuit médicament est accessible à des moyens de protection face à ce risque (phases de stockage, rangement, préparation, administration, post-administration...). Nous pouvons citer à titre d'exemple la simple identification du soignant préparant des seringues, à l'aide d'un gilet de signalisation. Ceci permet ensuite d'instaurer des règles dérivées du modèle du "cockpit stérile" : toute distraction lors de cette phase critique est bannie, sauf urgence vitale.

Cependant aucune mesure à ce jour ne permet d'éliminer à 100% ce risque. Ces erreurs dramatiques peuvent tromper même le personnel le plus rigoureux et expérimenté. Elles interrogent sur la nécessité de standardisation des conditionnements en amont, comme imposée dans d'autres industries. Cette standardisation pourrait bénéficier au monde de la santé et nous ouvrirait des opportunités de coopération avec le champ de l'ingénierie cognitive.



Dr Séamus THIERRY
Médecin Anesthésiste-Réanimateur
Service d'Anesthésiologie
Centre Hospitalier de Bretagne Sud
56100 Lorient France

SÉCURISER LES SOINS AVEC UN TIROIR ORGANISÉ

Comme l'évoque Seamus Thierry, les erreurs médicamenteuses sont généralement multifactorielles, systémiques et mondiales. L'injonction de la lecture parfois arborée comme rempart n'est malheureusement pas efficace en cas de look alike drug – médicaments d'apparence semblable – comme l'avaient démontré Claude Valot et François Jaulin dans le Patient Safety Report n°18 en 2021.

Nous avons souhaité partager dans ce Patient Safety Report n°21 une innovation particulièrement intéressante développée par l'équipe de Rafael Zanini Barbato du Centro Medico de Campinas au Brésil.



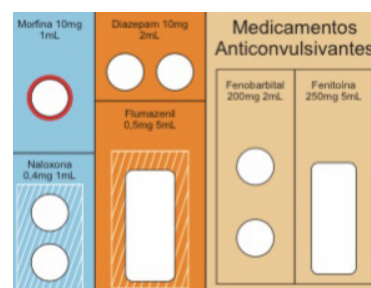
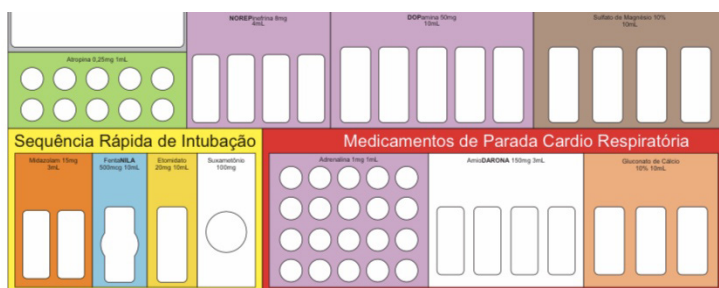
Le kit dont vous voyez une illustration ci-dessous est un kit imprimable et dans lequel vous pouvez ranger efficacement vos médicaments.

Nous mettrons prochainement à disposition ce kit dans plusieurs langues et en version modifiable. Nous vous indiquerons comment vous le procurer dans le prochain Patient Safety Report.

RÉORGANISATION DE LA DISPOSITION DES MÉDICAMENTS DANS LES CHARIOTS D'URGENCES

L'intérêt pour ce sujet est né après un événement indésirable grave consécutif à une erreur d'administration médicamenteuse lors d'une intervention. Nous avons souhaité avoir un processus d'administration sûr dans des situations d'urgence. Nous nous sommes inspirés du processus Lean Healthcare. Nous avons identifié l'importance d'avoir dans notre chariot quelque chose de visuel et de facile à comprendre pour l'équipe infirmière dans les situations d'urgence. L'organisation des médicaments par type de pathologie était un facteur différenciant, l'industrie pharmaceutique ayant plusieurs médicaments homonymes pouvant induire un risque d'erreur médicamenteuse. Aussi, nous avons pu réduire la quantité de matériel et de médicaments, facilitant la vérification après l'ouverture du chariot, réduisant les médicaments excédentaires et améliorant par conséquent la situation financière de l'institution, grâce à une diminution des pertes dues à la péremption. Le temps de vérification après l'utilisation du chariot grâce à cette nouvelle méthodologie a diminué de 50 %, et le taux de médicaments périmés a été réduit de 100 %. La méthodologie d'organisation existe déjà, mais la méthode de division a été améliorée en fonction du type de pathologie ou de procédure. Il s'agit d'une innovation qui ajoute une valeur durable et sûre à la chaîne du médicament.

Texte traduit du portugais.



André DA FONSECA NUNES
Technicien infirmier : COREN SP – 1850353
Fundação Centro Médico de Campinas
São Paulo – Brasil



Rafael ZANINI BARBATO
Coordinateur des soins infirmiers
Infirmier : COREN SP – 258712
Urgences et soins intensifs – UNINTER
Fundação Centro Médico de Campinas
São Paulo – Brasil



MONTER UN DOSSIER POUR UNE TABLETTE DE CHOCOLAT

Aide soignante, travaillant en EHPAD. Souhait d'améliorer les "caféés" des résidents les mercredis et les dimanches après le repas de 12h, uniquement constitué de café, en y ajoutant une tablette de chocolat (plus de convivialité, goût...), une fois par semaine.

Demande à la cuisine centrale pour demander d'avoir une tablette. On me répond de demander au service animation, qui me répond de demander à l'intendante, qui me répond de demander à la diététicienne qui me répond de demander une prescription au médecin qui me répond de demander l'autorisation au cadre qui me répond d'écrire un projet pour justifier la demande....

Je finis par acheter moi-même les tablettes avec mes fonds personnels sans suivre la demande de «construire un dossier» pour une tablette de chocolat, jugeant le temps et les efforts considérables pour un risque faible. Le «projet choco» ne verra jamais le jour et les résidents mangent chaque semaine un carré de chocolat.

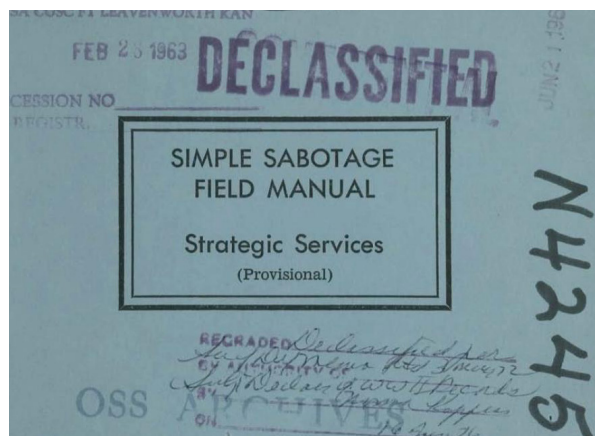
Point positif : *proposer un axe simple d'amélioration et le mettre en œuvre rapidement malgré les résistances. Améliorer le vécu des résidents.*

Point d'amélioration : *faire appel au bon sens des collègues. Proposer une alternative au projet qui n'implique pas les deniers personnels. Simplifier les processus de décision et la mise en œuvre de plans d'action simples, limiter les procédures et les complexités inutiles. Faciliter les actions simples et les adaptations.*

Crédit photo : Julia Zyablova sur Unsplash

SIMPLIFIER LE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS (DE SOINS)

La sécurité des soins est construite par le développement de pratiques fiabilisées, des protocoles et procédures prenant en compte le fonctionnement humain, mais également par une organisation qui a pu identifier les risques et criticités potentielles. La performance repose, comme la sécurité, sur des principes similaires : adaptation aux contraintes nouvelles, standardisation de ce qui peut l'être, faciliter les contextes de travail et le vécu des opérateurs... Les barrières de sécurité mises en place ne doivent toutefois pas paralyser l'organisation, économiquement ou humainement.



En 1944, l'OSS – Office of Strategic Services, organisation ayant précédé la CIA, *Central Intelligence Agency* – a mis en place un guide de sabotage destiné à frustrer, ralentir, et perturber les organisations ennemies (Nazie en l'occurrence à l'époque), avec notamment des règles de sabotages organisationnels. Les principes proposés dans ce guide peuvent aisément, en prenant leur contraposée, être des principes de performance. Les principes auxquels nous faisons référence sont ceux de la partie II – *Interférence générale avec les organisations et la production* – accessible [page 28 du guide](#).

Parmi les vecteurs de frustration et de non performance, mentionnons simplement le premier des principes : *insister pour que tout soit réalisé par des canaux officiels. Ne pas autoriser que des raccourcis soient pris pour accélérer les décisions.*

tors to cause power leakage. It will be quite easy, too, for them to tie a piece of very heavy string several times back and forth between two parallel transmission lines, winding it several turns around the wire each time. Beforehand, the string should be heavily saturated with salt and then dried. When it rains, the string becomes a conductor, and a short-circuit will result.

(11) General Interference with Organizations and Production

(a) Organizations and Conferences

(1) Insist on doing everything through "channels." Never permit short-cuts to be taken in order to expedite decisions.

(2) Make "speeches." Talk as frequently as possible and at great length. Illustrate your "points" by long anecdotes and accounts of personal experiences. Never hesitate to make a few appropriate "patriotic" comments.

(3) When possible, refer all matters to committees, for "further study and consideration." Attempt to make the committees as large as possible — never less than five.

(4) Bring up irrelevant issues as frequently as possible.

(5) Haggle over precise wordings of communications, minutes, resolutions.

(6) Refer back to matters decided upon at the last meeting and attempt to re-open the question of the advisability of that decision.

(7) Advocate "caution." Be "reasonable" and urge your fellow-conferes to be "reasonable" and avoid haste which might result in embarrassments or difficulties later on.

(8) Be worried about the propriety of any decision — raise the question of whether such action as is contemplated lies within the jurisdiction of the group or whether it might conflict with the policy of some higher echelon.

28

(b) Managers and Supervisors

(1) Demand written orders.

(2) "Misunderstand" orders. Ask endless questions or engage in long correspondence about such orders. Quibble over them when you can.

(3) Do everything possible to delay the delivery of orders. Even though parts of an order may be ready beforehand, don't deliver it until it is completely ready.

(4) Don't order new working materials until your current stocks have been virtually exhausted, so that the slightest delay in filling your order will mean a shutdown.

(5) Order high-quality materials which are hard to get. If you don't get them argue about it. Warn that inferior materials will mean inferior work.

(6) In making work assignments, always sign out the unimportant jobs first. See that the important jobs are assigned to inefficient workers or poor machines.

(7) Insist on perfect work in relatively unimportant products; send back for refinishing those which have the least flaw. Approve other defective parts whose flaws are not visible to the naked eye.

(8) Make mistakes in routing so that parts and materials will be sent to the wrong place in the plant.

(9) When training new workers, give incomplete or misleading instructions.

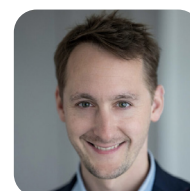
(10) To lower morale and with it, production, be pleasant to inefficient workers; give them undeserved promotions. Discriminate against efficient workers; complain unjustly about their work.

(11) Hold conferences when there is more critical work to be done.

29

Le cas précédent illustre très bien cet «auto-sabotage» que les professionnels peuvent, sans le vouloir, réaliser par la mise en place de règles ou de chaînes de décision inutilement complexes. Car il s'agit après tout d'une tablette de chocolat.

A l'heure où les canaux et les interactions se multiplient, les soins se complexifient, les prises de décision et leur mise en œuvre doivent paradoxalement être simplifiées, au risque d'une perte de sens qui augmentera les démissions des professionnels frustrés.



François Jaulin,
médecin et cofondateur
de la Patient Safety Database.



Audrey Wargnier,
aide soignante, thérapeute.
Spécialisée en santé mentale.
Experte en accompagnement
non médicamenteux complémentaires.
Formatrice auprès des
soignants.



Crédit photo : SafeTeam Academy

ERREUR MÉDICAMENTEUSE PENDANT UNE INTUBATION EN URGENCE

Dégradation sur le plan respiratoire d'un patient ayant une pneumopathie COVID, sous Oxygénothérapie à haut débit 70L/min, FiO2 à 100% et masque à haute concentration en plus. Après pré-oxygénation sous VNI FiO2 100% supportée et sans impact sur la clinique, décision d'intubation.

Préparation du matériel d'intubation, médicaments pour l'induction et l'entretien. Une seringue de Noradrénaline est préparée et un remplissage est initié. Le patient dispose d'un cathéter artériel (positionnel selon l'infirmier) et d'une voie veineuse périphérique (VVP). Demande de poser 2ème VVP.

IDE, la quarantaine, diplômé depuis 2 ans, en réa depuis un an et demi. Cinq intubations en doublure. Première intubation seule. Elle montre à un étudiant en 2ème année comment se déroule l'intubation. L'AS est en dehors de la pièce, non habillée COVID, assistant avec la cadre de santé au déroulement de l'intubation.

Début de la séquence : médecin à la tête du patient, matériel vérifié, aspi à proximité, sonde intubation vérifiée (ballonnet), vidéo-laryngoscope testé pour intuber, positionnement du lit réglé. Début de la séquence rapide. La VVP n°1 ne passe pas. Le patient a mal à l'injection des médicaments. Passage sur la 2nde VVP. Etomidate puis célocurine. Cormack 1. Intubation sans difficulté. BAVU ; auscultation confirmant l'intubation orotrachéale que nous sécurisons. Passage sur respi en mode VSAI. Arrêt respi et redémarrage en VAC. Patient ballonné par l'étudiant en 2ème année à la demande du médecin. L'IDE n'a pas débuté les sédations et le patient montre des signes de réveil. Il commence à bouger un peu. Le médecin demande de débiter rapidement les sédations. Les PSE ne sont pas en place, non branchés. Demande du médecin à l'étudiant de s'occuper de brancher les PSE et à l'IDE de faire un bolus de curare (atracurium) de 20 mg. A 10mg, l'IDE dit qu'elle s'est trompée de seringue. Elle vient de faire un bolus de 10 mg de Noradrénaline.

Le médecin demande un chariot d'urgence et un infirmier en renfort. Entrée de l'AS à ce moment-là. Arrivée 2ème IDE. Tachycardie. Poussée hypertensive. Bolus de Sufentanyl et de Midazolam au moment où le patient se relève et s'auto-extube partiellement. Demande de poser Patch DSA, matériel pour re-exposer le patient. Re-intubation. Le patient se stabilise sur le plan hémodynamique avec les bolus de drogues. Curarisation associée. Puis vasoconstriction importante avec saturation au doigt impossible. Début de baisse de la tension. Pas de VVP pour remplissage vasculaire. Demande à poser en urgence voie veineuse centrale (VVC) en fémorale. 2ème IDE demande l'autorisation de poser une jugulaire externe. Il est déjà positionné à la tête du patient. Au moment où le médecin commence à poser le cathéter fémoral, l'IDE dit qu'il a posé la jugulaire externe. Début du remplissage vasculaire. Le patient présente un arrêt cardio-respiratoire pendant la pose du cathéter central fémoral. Réanimation cardio-pulmonaire débutée avec sécurisation de l'aiguille de cathéter dans la veine fémorale du patient. Appel à l'aide d'un renfort médecin pour gérer l'arrêt cardio-respiratoire (RCP). Rôle de Time Keeper réalisé par l'étudiant infirmier. 1 mg d'Adrénaline passé. 2 minutes de RCP. A l'arrêt des 2 minutes, pouls perçu. Le médecin renfort arrive à ce moment. Le premier médecin finit de monter le guide de la VVC. Remplissage et mise en place de la noradrénaline sur la VVC sécurisée. Stabilisation hémodynamique. Repose de KTA. Patient toujours hypoxique probablement par vasoconstriction périphérique. Changement de site saturomètre. Bilan sanguin et ETT ne montrant pas de séquelle immédiate de l'arrêt (lactate normal, troponine normale, pas de sidération myocardique ou d'hypokinésie à l'ETT...) et un ECG sans trouble de repolarisation. Un radiographie du thorax montre également une sonde en place et une pneumopathie avec syndrome alvéolo-interstitiel sans pneumothorax.



Lors du débriefing, l'infirmier estime que la démonstration à l'étudiant était source de stress supplémentaire ayant généré un manque de concentration pour cette situation qui nous a échappé. Pas suffisamment formé pour transmettre. Mauvais étiquetage des drogues (étiquettes orange pour catécholamines). Mauvais positionnement : attendait instruction pour le passage des sédations.

AS : mauvais positionnement. N'aurait pas dû être dehors et laisser finalement l'étudiant prendre son rôle et plus d'ailleurs.

Médecin : environnement pas suffisamment sécurisé. Dès le dysfonctionnement de la VVP 1, aurait dû demander la pose d'une seconde VVP. Respi aurait dû être dès intubation en position VAC.

L'EIG a été déclaré à la cellule qualité, la famille prévenue le lendemain sur le risque d'atteinte encéphalique et cardiaque

Point positif : *détection et verbalisation précoce de l'erreur.*

Position calme du médecin avec des ordres directs, clairs et précis. Arrivée rapide du chariot d'urgence et de l'IDE renfort, ainsi que second médecin. Manoeuvre d'atténuation (réanimation) effective et absence de séquelle physique immédiate pour le patient. Réalisation d'un débriefing.

Point d'amélioration :

- *sanctuariser l'intubation avec une check-list et un cockpit stérile*
- *s'autoriser à faire un "NO GO" si tous les éléments ne sont pas au vert : VVP fonctionnelle, médicaments vérifiés, etc.*
- *réaliser un débriefing en identifiant les points positifs également : un certain nombre de points ont été testés avant de débiter le geste.*
- *réaliser un débriefing avec des pistes d'amélioration.*

Piste à discuter :

- *faire "valider" les IDE à leur première intubation par autre IDE (référente ou plus expérimentée).*
- *associer aux doublures un débriefing et une démarche pédagogique.*
- *Positionnement AS avec son IDE.*
- *Ne pas associer à un geste critique des activités pédagogiques, qui peuvent être déléguées par une personne extérieure à l'action principale (personnes en observation à l'extérieur de la chambre par exemple).*

MOTS CLÉS: *intubation, réanimation, ACR, RCP, erreur médicamenteuse, check-list, voie veineuse, charge de travail, appel à l'aide, pédagogique, situation critique*



CONCLUSION

Nous espérons que vous avez pris plaisir à lire ce Patient Safety Report n°21.

A RETENIR

Impliquer l'équipe dans les moments difficiles. Un travail en équipe efficace repose notamment sur le soutien mutuel. Ce soutien peut être technique - j'aide un collègue pour un geste ; il peut également être cognitif et/ou émotionnel.

Un travail en équipe efficace repose nécessairement sur une répartition des tâches et des rôles clairs, précisée par une personne endossant le rôle de leader dans une situation donnée. Notre volonté d'aider ou parfois d'être présent sur plusieurs fronts peut nous mettre en difficulté et par conséquent l'équipe.

Comme l'évoquent différents experts impliqués dans ce Patient Safety Report, les erreurs médicamenteuses trouvent leurs origines dans des défauts de prise en compte du fonctionnement humain et sont généralement systémiques.

Le désign en santé doit être approfondi afin d'améliorer l'expérience utilisateur (soignants) et la sécurité des patients. En attendant que les dispositifs médicaux et les présentations des médicaments soient améliorés, des innovations frugales (faiblement technologiques et peu coûteuses) voient le jour pour contourner ses erreurs d'administration.

Ces innovations doivent pouvoir être soutenues simplement par les organisations dont le management doit être simplifié notamment lorsque les enjeux financiers, structurels ou organisationnels (liée à l'organigramme) sont faibles au regard des gains opérationnels.

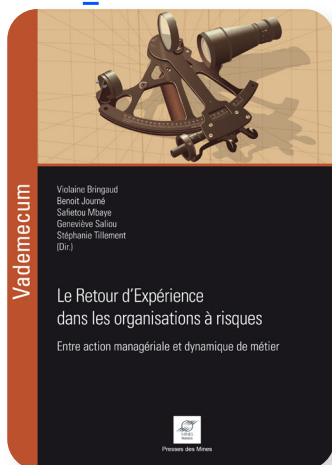
Nous profitons de cette conclusion pour remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à ce rapport, à commencer par Amélie Forgeot d'Arc, Thomas Lopes, Christian Morel, Nathalie Robinson, Cyril Goulenok, Seamus Thierry, Audrey Wagnier, Rafael Zanini Barbato et Julie Lagarde.

Nous remercions également Amélie Forgeot d'Arc et Nicolas Giraud qui ont travaillé sans relâche pour améliorer la nouvelle plateforme Patient Safety Database, ainsi que le Dr Antoine Soprani (URPS) pour son dynamisme et son soutien dans la promotion du retour d'expérience auprès des professionnels de santé libéraux, souvent isolés et sans structures organisationnelles leur permettant d'avoir une démarche qualité structurée comme en établissement de santé.

Partagez-nous vos expériences, soit en utilisant notre agent conversationnel sur le site de la Patient Safety Database, soit en nous écrivant par mail à l'adresse suivante report@patientsafetydatabase.com où nous nous engageons à garantir l'anonymat.

François Jaulin et Frédéric Martin.

LECTURES CONSEILLÉES



Facteurs Humains en situations critiques
par François Jaulin et Benjamin Bijok

RENCONTRONS-NOUS !

Quelques dates pour se donner rendez-vous !

Boston : 18-19/05/2023

MIT Health Datathon 2023

Paris : 23-25/05/2023

SANTEXPO

Nice : 01-03/06/2023

Congrès SoFraSimS

Glasgow : 03-05/06/23

Euroanesthesia 2023

Nîmes : 09/06/23

Colloque Facteurs Humains en Santé

Paris : 14-15/06/2023

Congrès Réanimation 2023 (SRLF)

Paris : 30/06/2023

Formation Oxygène JEPu + CARORL



FHS

NÎMES

COLLOQUE

09 06 23
VENDREDI



PROGRAMME

8:15 – 9:00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS
9:00 – 9:30	OUVERTURE : Mr Nicolas Best, Mr Jean-Emmanuel De La Coussaye et Mme Orlay-Moureau MOTS DE BIENVENUE L'ORGANISATEUR ET DU PRÉSIDENT : Mr Sylvain Garnier et Mr François Jaulin.
9:30 – 9:50	Modératrice : Véronique Normier-Calounh, ergonome et infirmière anesthésiste diplômée d'état Peut-on adapter les règles de sécurité aux circonstances ? Jean-Marc Matéo, officier sécurité des vols Canadair
9:50 – 10:35	TABLE RONDE : LES INVISIBLES AU SERVICE DE LA SÉCURITÉ MODÉRATEUR : François Berard, directeur Jérôme Denis, enseignant-chercheur, formateur Mines Paris Thierry Hessler, responsable service technique Valérie Labre, aide-soignant
10:35 – 11:00	PAUSE
11:00 – 11:20	Peut-on concilier hiérarchie et facteurs humains? Le leadership non-expert Marie Pery, médecin urgentiste BSPP
11:20 – 11:40	Les patients ont-ils un rôle à jouer dans la sécurité des soins ? Claude RAMBOUR
11:40 – 12:00	Discussion de nos deux intervenants sous la modération de véronique normier-calounh
12:00 – 13:30	PAUSE DÉJEUNER

FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

PROGRAMME

13:30 – 13:50	Les facteurs organisationnels et humains chez les vétérinaires Leila Assagir, vétérinaire
13:50 – 14:35	TABLE RONDE : LE PARTAGE DES ERREURS AU QUOTIDIEN MODÉRATEUR : Florence Roussarie, chirurgien dentiste Éva David, infirmière diplômée d'état Anne Rocher, psychologue clinicienne Éric Periot, Pilote de ligne
14:35 – 15:00	PAUSE
15:00 – 15:50	TABLE RONDE : COMMENT APPRENDRE LES FACTEURS ORGANISATIONNELS ET HUMAINS ? Modératrice : Véronique Delmas, médecin urgentiste Régis Fuzier, médecin anesthésiste et pilote Claire Roger, médecin Céline Bourcier, médecin oncologie Benjamin Terassi, médecin anesthésiste
15:50 – 16:10	Gestion des risques en endoscopie digestive Ludovic Caillo médecin gastro-entérologue
16:10 – 16:30	Sécurité et efficacité de la filière AVC Emmanuelle Garnier, directrice mission Mission Innovation organisationnelle et expérience patient CHU Montpellier Vincent Costalat, neuroradiologue
16:30 – 16:50	Le zéro accident : une réalité ? Alban Galtier, chef de projet au commissariat à l'énergie atomique
16:50 – 17:20	Discussion: les facteurs humains sont-ils au cœur de la solution ? Christophe Boisson anesthésiste et Sylvain Garnier réanimateur
17:20 – 17:40	CONCLUSION FRANÇOIS JAULIN ET SYLVAIN GARNIER

FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins



FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

SAFE TEAM ACADEMY



INNOVONS EN SANTÉ PAR LA VIDÉO-SIMULATION



Réduire les erreurs et les accidents dans le domaine de la santé, c'est possible avec la SafeTeam Academy !

Créée par et pour les professionnels de santé, notre plateforme de vidéo-simulation présente des situations 100% immersives de soins simulés.

L'objectif de nos formations : développer la réflexivité et l'analyse des pratiques du quotidien, améliorer la sécurité et la qualité des soins, et favoriser le partage des bonnes pratiques.

Nous accompagnons les établissements de santé dans leur certification HAS et également dans leur attractivité par la promotion du travail en équipe et la coopération.

Nous contacter :

Par téléphone : +33 1 89 73 01 00

Par mail : contact@safeteam.academy

En savoir plus : <https://www.safeteam.academy/>



Retrouvez-nous sur [SafeTeam Academy](https://www.safeteam.academy/) pour acquérir une licence avec accès illimité !