

# Genèse d'un évènement indésirable grave

## Les facteurs contributifs

*D'après le Schéma de James Reason*



*« Dans les mêmes circonstances, quel que soit le professionnel, le même incident se serait produit. La priorité est d'identifier tous les facteurs favorisant la survenue de l'évènement indésirable »*

*C FAGES/CSS référent qualité/gestion des Risques  
CHU De Bordeaux/ site Pellegrin*

# Un évènement indésirable grave

Un Évènement Indésirable Grave (EIG) associé à des soins [...] est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont :

- le décès
- la mise en jeu du pronostic vital
- la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (y compris anomalie ou malformation congénitale)

# Genèse d'un Évènement Indésirable Grave (EIG)

## Le Contexte

OMS : l'erreur médicale dans les 10 premières causes de DC

USA : 60 000 DC/an par erreur médicale

France : 1 EIG /5 jours dans un service de soin de 30 lits

51% de DC, 33% de mise en jeu du pronostic vital

53% des EIG déclarés sont jugés évitables

# Plusieurs défaillances : un système

Chaque évènement indésirable est la conséquence d'un ensemble de défaillance : il faut se questionner sur chaque facteur de cause.

Ne pas rechercher de fautif..

L'erreur est toujours involontaire.

Plusieurs facteurs ont causé l'erreur, jamais un seul individu, jamais une seule cause.

La compétence est rarement à l'origine de l'erreur

La technique est de moins en moins en cause

Il faut prendre en compte les facteurs humains et organisationnels

*D'après le Schéma de James Reason*



# Plusieurs défaillances : un système

Plusieurs facteurs ont causé l'erreur, jamais un seul individu



Tenerife, accident impliquant 2 B747 (KLM et Pan Am). 583 victimes.

Causes de l'accident:

- Mauvaise communication
- Stress (pilotes et tour)
- Pression (retard)
- Brouillard
- Pas de radar de pistes



# Où se concentrent les risques ?...



## Les spécialités dites à risques

- gynécologie obstétrique
- anesthésie réanimation
- chirurgie
- spécialités interventionnelles

## Les domaines où ça survient plus souvent

- infections liées aux soins
- circuit du médicament
- chirurgie (complications)

Accueil > Actualité > Sciences & Environnement

**Certains chirurgiens défendent le concept de «Cockpit stérile» emprunté à l'aéronautique**



## Médicaments à risque

Sous-estimer le risque c'est risqué

10 juin 2021

# ça arrive à quel soignant ? plutôt les *novices* ou les experts ?

L'expertise a des limites..

Aucune personne, aussi experte et motivée soit-elle, n'est capable d'une performance constante sans erreur. Les capacités sont limitées.

L'expert est guidé par la fréquence, la répétition des situations rencontrées  
Ce biais peut l'amener à faire des erreurs de fixation ou de *sur confiance*.

La confiance, l'expérience, n'exclut donc pas le contrôle.

L'humilité est un facteur de sécurité..

Le doute doit être permis = un gage de fiabilité humaine

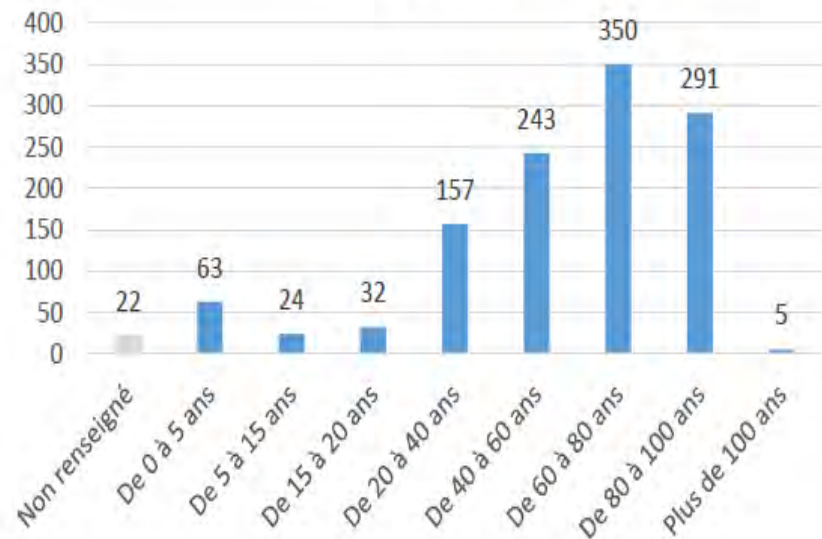
Le gradient d'autorité ne doit pas être délétère : Il faut permettre le dialogue,  
Oser dire, Oser demander de l'aide..

# ça arrive à quels patients ?

- densité de soins, comorbidités
- traitements médicamenteux
- troubles cognitifs
- écoute modifiée
- communication modifiée
- compréhension (modifiée ?)
- information donnée (éclairée ?)
- consentement..

## patients vulnérables

Nombre de déclaration d'EIGS par tranche d'âge du patient en 2019  
(N = 1187)





# Un EIG arrive quand ? des périodes de vulnérabilité

## Nuit :

- ✓ fatigue et perte de contrôle
- ✓ fatigue et sensibilité aux biais cognitifs
- ✓ baisse de performance entre 2h et 4h
- ✓ composition des équipes

## Week-end/férié :

- ✓ composition des équipes
- ✓ moins de visites/staffs...

## Heure de changement d'équipe :

- ✓ rupture de soin, de surveillance
- ✓ défaut de transmissions
- ✓ distractions, baisse de vigilance

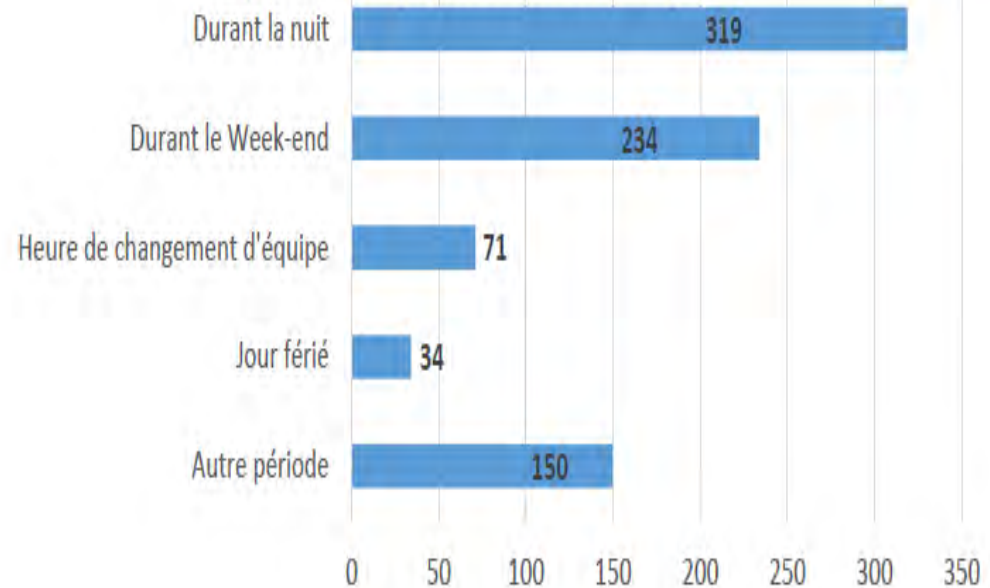
## Autre :

- ✓ multiples intervenants regroupés

**58%**

Périodes particulières de survenue des EIGS dans les déclarations en 2019

(N = 1187), (choix multiples)



# Quelle était la complexité ?

## le patient :

- ✓ vulnérable, antécédents, facteur social, personnalité

## les équipes :

- ✓ peu habituées à travailler ensemble
- ✓ défauts de communication, de coordination
- ✓ tensions, conflits, gradients d'autorité

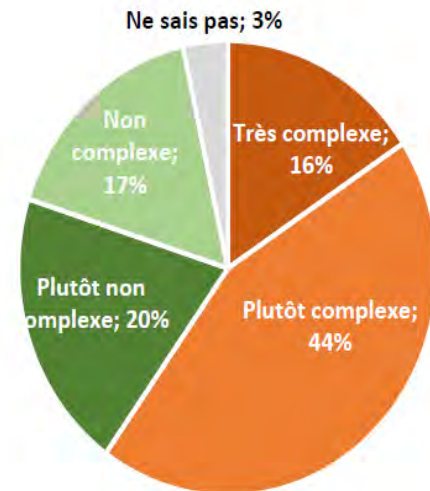
## le soin :

- ✓ stratégie nouvelle/courbe d'apprentissage..
- ✓ imprévu : pas d'aide à la décision
- ✓ défaut de protocole, ou inapplicable sur le terrain

## l'organisation :

- ✓ pression temporelle
- ✓ multiples interfaces
- ✓ interruptions de tâches
- ✓ actions multiples

Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique du patient en 2019 ? (N = 1187)



# Ne pas rajouter de la complexité...

## ALTÉRATION DES FACULTÉS COGNITIVES ET AGRESSIVITÉ

---

Ce jour-là, j'étais **anesthésiste au bloc d'urgence**. Nous étions en fin de journée. Un **patient** était admis pour une **fracture complexe** avec risque élevé de syndrome des loges. Le **chirurgien** était **stressé** par différents éléments : contrarié par l'état du membre à opérer, problème familial (élément qui sera évoqué par la suite), **l'heure tardive** de prise en charge de notre patient. Lors de l'intubation, une **altercation** éclate entre l'infirmière circulante et le chirurgien : celle-ci n'est pas de garde et se plaint d'être «prise en otage» par la désorganisation du bloc opératoire. Le ton monte. J'interviens pour tenter de calmer les protagonistes puis je débute ma laryngoscopie. **L'intubation est difficile**. Le **stress et la nervosité** montent de mon côté. Je force au laryngoscope et j'expose difficilement des cordes vocales encore fermées ! **Interrompu** par la dispute, j'avais **oublié d'injecter le curare** pour faciliter mon intubation. Le patient est alors ventilable et oxygéné. Après curarisation, l'intubation sera réalisée de manière aisée. La checklist OMS a par ailleurs été oubliée car chronologiquement dans la «queue émotionnelle» de l'incident.

*Points positifs : Retour à une attitude professionnelle / Communication rétablie et maintenue cordiale durant toute la chirurgie malgré un gros «orage» émotionnel*

*Points d'amélioration : Cockpit stérile lors des phases critiques : éduquer les soignants pour s'interdire toutes conversations inappropriées / Effectuer un débriefing en fin d'intervention comme évoqué par la check-list chirurgicale (3<sup>ème</sup> temps : on peut considérer que cet événement est un incident.*

**MOTS CLÉS : Conflit / Distraction / Cockpit stérile**

# ça arrive comment ? en surcharge de travail ?

- **la surcharge mentale** est accidentogène
- des **barrières de sécurité** doivent être combinées
  
- mais **la sous charge mentale** peut aussi être dangereuse : l'attention diminue
- les gestes deviennent automatiques, sollicitent peu notre système d'alerte..
- les erreurs de routine sont fréquentes en sous charge de travail (lapsus, ratés, omission)
- la routine est nécessaire pour réaliser le travail
- **mais en cas d'activité à risques : rester vigilant, répéter les bonnes pratiques**

# se méfier de la routine lors d'actes à risques..

## LE DANGER DE LA ROUTINE

---

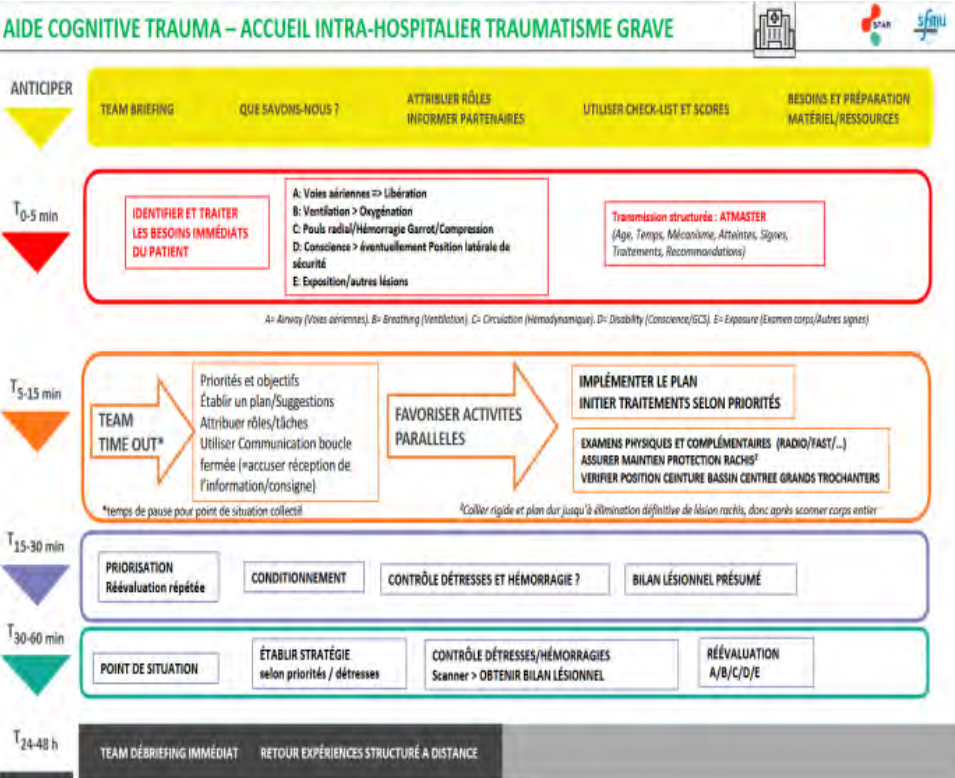
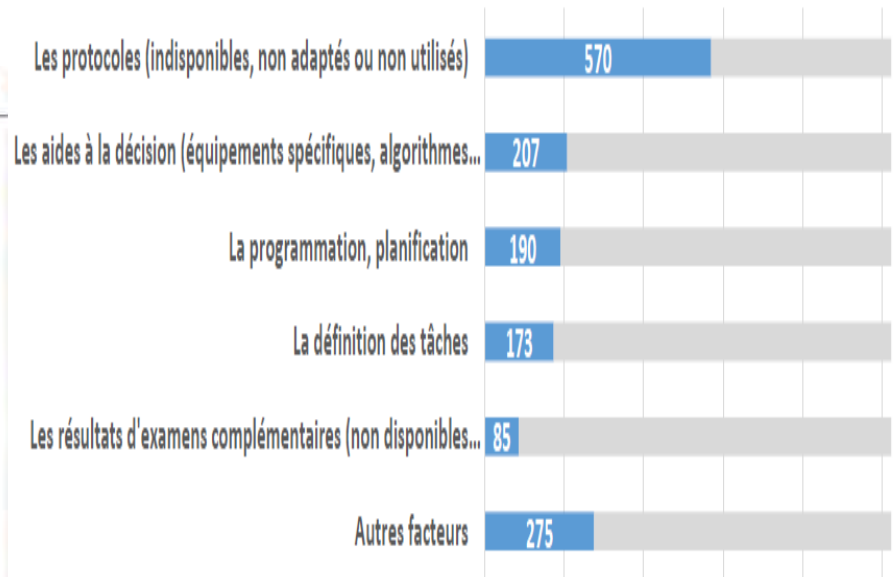
Lors d'une pose d'un Dispositif Intraveineux de Longue Durée (DIVLD), je prépare la table du médecin anesthésiste puis réalise la détersion du patient, vérifie le matériel et les produits anesthésiants : les deux flapules de sérum physiologique (NaCl) et celle de l'anesthésique local (Ropivacaine). L'anesthésiste me rappelle de faire le contrôle croisé, donc je lui lis à haute voix l'intitulé des flapules et les lui montre avant de les verser dans la cupule. Lors de la seconde pose de DIVLD, je refais la même chose. Lors de la troisième, j'annonce machinalement l'intitulé des flapules de NaCl, puis les verse dans la cupule et les jette dans la poubelle. L'anesthésiste me signifie que nous n'avons pas fait le contrôle croisé puisqu'il n'a pas vu les ampoules. Par acquis de conscience, je fouille la poubelle et récupère une flapule et lui montre qu'il s'agit bien de NaCl. Cela nous convient, mais ma conscience professionnelle me pousse à vérifier la seconde flapule qui s'avère être de l'eau pour préparation injectable (EPPI). La forme du contenant étant la même que celle du NaCl, une flapule d'EPPI s'était glissée au milieu de celles du NaCl.

La conclusion du déclarant : *Cet exemple illustre parfaitement l'importance du contrôle croisé avant une induction et/ou d'une chirurgie. Il ne doit pas être vu comme une contrainte mais comme*

# ça arrive comment ? la tâche à accomplir

- protocoles absents, inutilisés, inadaptés
- pas d'aide à la décision (scores, alertes..)
- programmation de l'acte inadaptée
- défaut d'apprentissage, de formation,
- interruption lors d'un acte à risque

Sélections positives des facteurs liés aux tâches à accomplir  
(N= 2007; choix multiples)





# Comment ça arrive dans une équipe ?

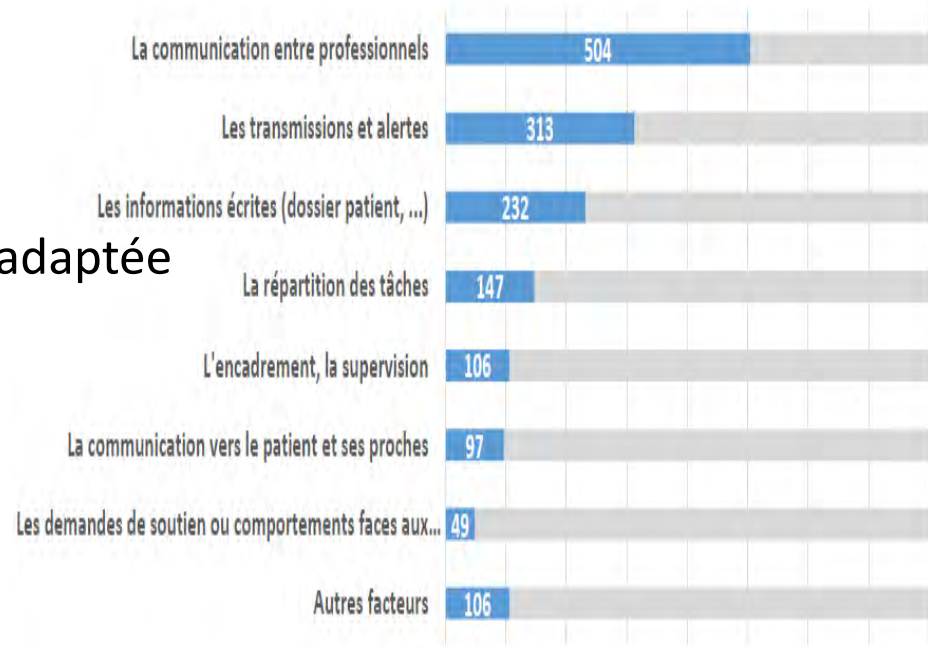
- communication non sécurisée, inadaptée
- défaut de transmission (orales et écrites)
- défaut de coordination (schéma de l'alerte)
- répartition des tâches (charge, apprentissage)
- nouvel arrivant (formation, supervision)
- défaut d'entraide
- pas de référent sénior ou inaccessible
- communication au patient insuffisante/inadaptée

Le Facteur **équipe & communication** est déterminant

Il est un élément essentiel de résilience

## l'équipe

Sélections positives des facteurs liés à l'équipe  
(N = 2007; choix multiples)



# comment ça arrive dans une équipe ?

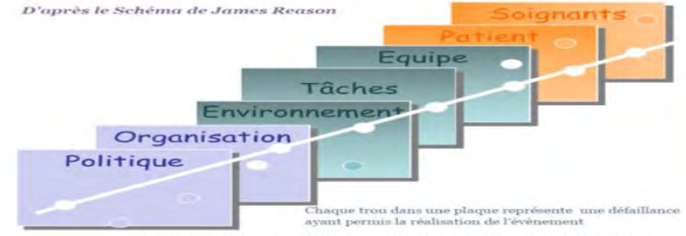
## PRESCRIPTION PEU PRÉCISE ET DÉCÈS D'UN PATIENT

Je débute mon stage d'interne dans une nouvelle structure et je ne maîtrise pas encore les subtilités du patient patient sous ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation). Je dois prendre en charge un patient qui a une ECMO centrale et qui est thrombopénique sévère. Avec mon senior, nous convenons de transfuser des plaquettes au patient. Il me dit de préciser à l'IDE de réaliser la transfusion «doucement». Je réalise les prescriptions sur le nouveau logiciel que l'ensemble de l'établissement vient d'acquérir. Je ne trouve pas l'endroit qui permet de préciser la durée sur laquelle nous souhaitons transfuser. Je suis interrompu ensuite plusieurs fois dans cette prescription et finis par repartir sur un autre dossier. Une entrée arrive vers 18h30, je fais son dossier puis je transmets mes patients à l'interne de garde. Le lendemain, en staff, j'apprends que le patient dont j'avais la charge la veille est décédé : il a thrombosé intégralement au niveau de la crosse



crédit photo : Photo by Akiromaru





# Un EIG : ensemble de facteurs

## L'erreur est humaine et multi factorielle

Une erreur est toujours la conséquence de plusieurs causes.

Certaines situations favorisent l'erreur : Savoir les repérer

**Empiler des barrières** : de prévention, de récupération, d'atténuation

Ceux qui sont les plus fiables ne sont pas ceux qui font le moins d'erreurs mais ceux qui en récupèrent le plus !

L'erreur est inévitable ; Ca peut arriver à chacun d'entre nous.

**Déclarez** les évènements : c'est l'occasion d'apprendre pour chacun !

“ Un humain qui ne fait pas d'erreur, cela n'existe pas.

La question n'est pas savoir si on va se tromper, mais quand on va se tromper. ”

# La genèse d'un EIG : les facteurs contributifs

## *Merci pour votre attention*

*C FAGES/CSS réfèrent qualité/gestion des Risques  
CHU De Bordeaux/ site Pellegrin*

*D'après le Schéma de James Reason*

