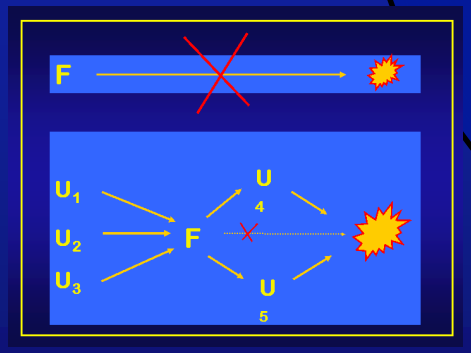
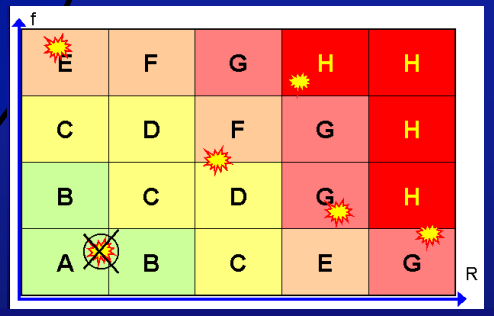
Erreurs en médecine
&
amélioration
de la sécurité pour les patients

Approche systémique

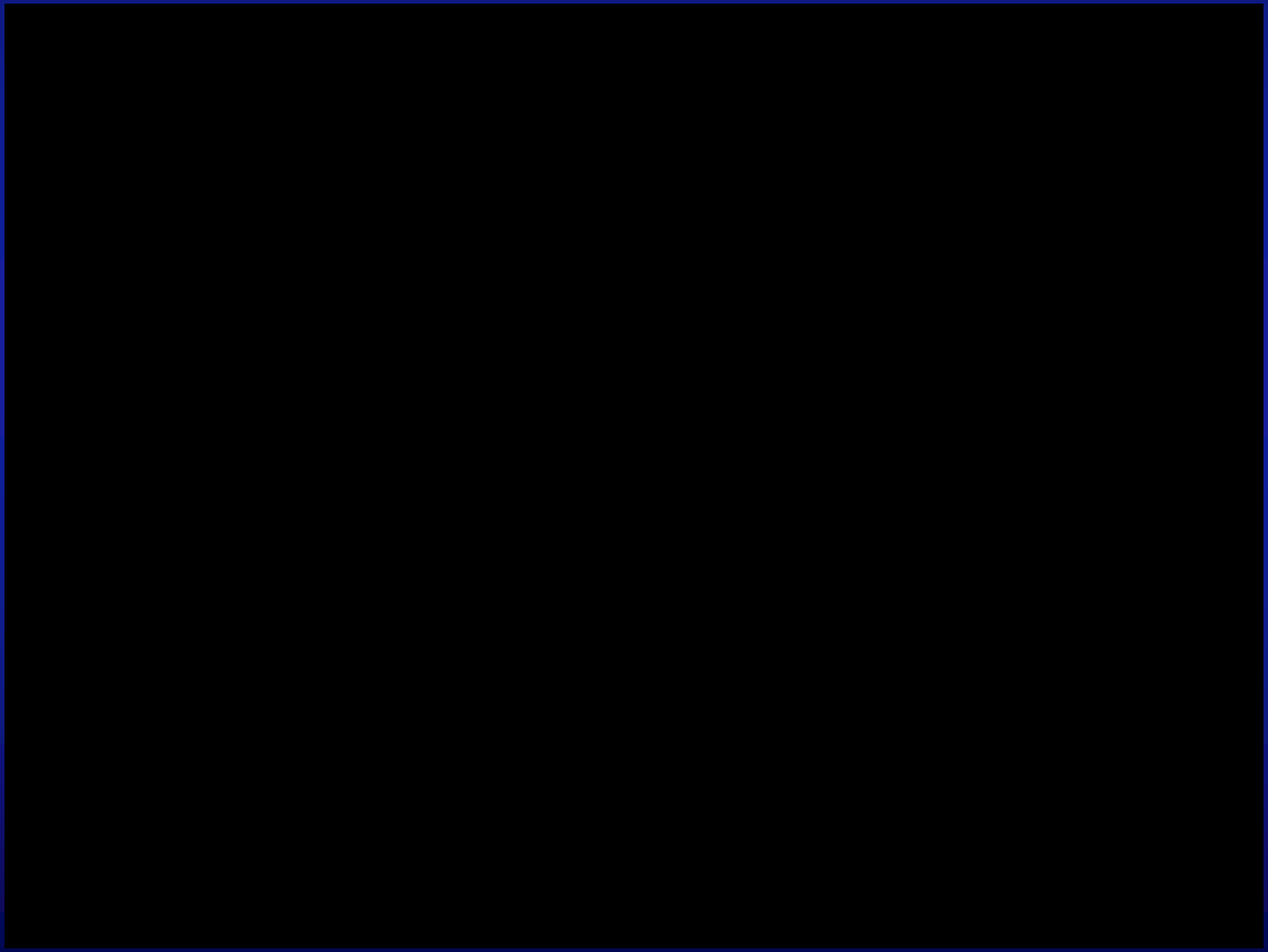




InPASS Istituto per la sicurezza dei pazienti & Teamtraining
-Dr med Markus Rall
GmbH Kreiskliniken Reutlingen

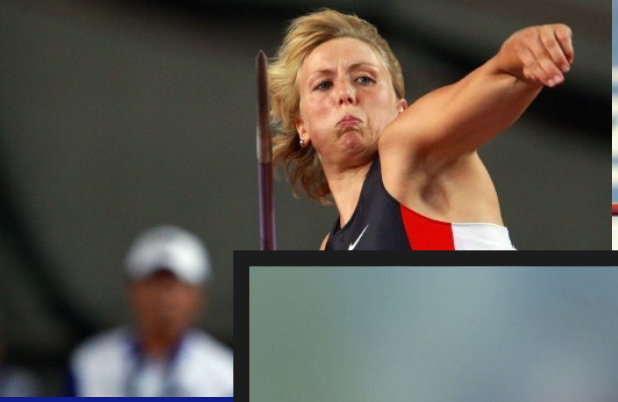
CESAMU
Dr med Anselmi Luciano
Responsabile scientifico

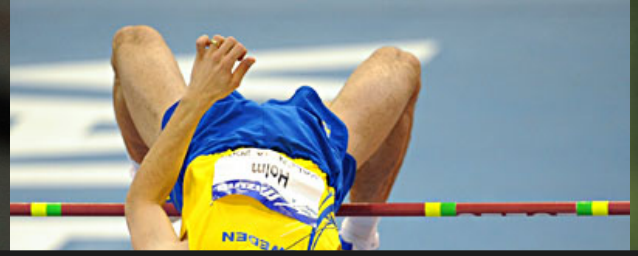
Microgramme /miligramme/mililitre

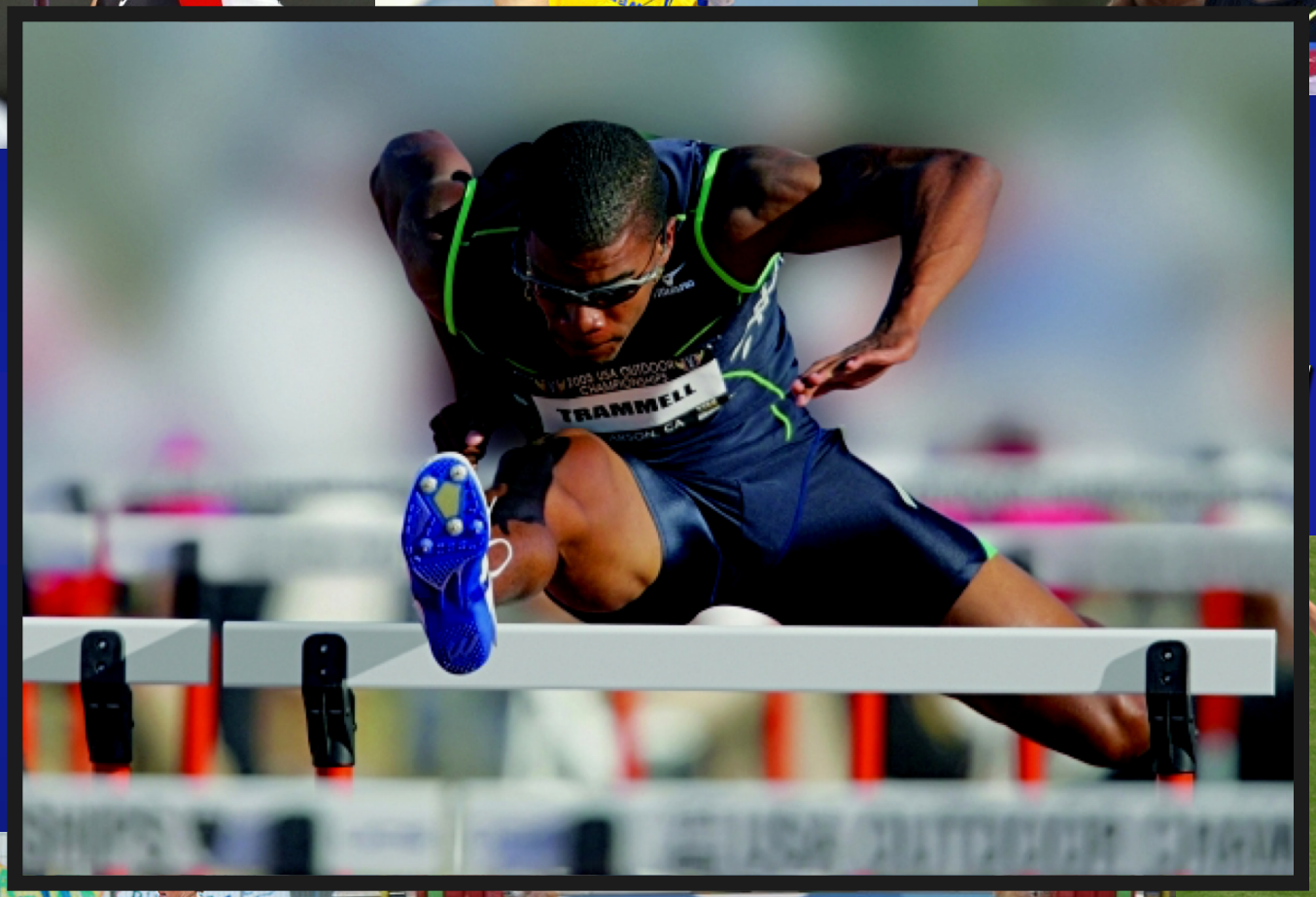


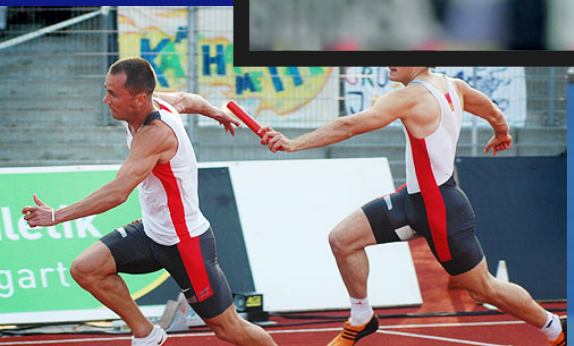
Le travail d'équipe est essentiel

Dream Teams are made, not born!






TRAMMELL



TOYOTA
506

Safety Culture:
la sécurité à 100% n'existe pas

CRM messages fondamentaux

les 15 déclarations clés CRM

1. Connaitre ton environnement de travail (technique / organisation)
2. Anticiper et planifier
3. Demander de l'aide (mieux avant qu‘après)
4. Prendre la direction ou on est bon où vous êtes un bon membre de l‘equipe
5. Distribuer la charge de travail
6. Mobiliser toutes les ressources disponibles (personnelles et techniques)
7. Communiquer efficacement et en toute sécurité
8. Observer et utiliser toutes les informations disponibles
9. Prévenir et reconnaître les erreurs de persévérance
10. Avoir des doutes et vérifier attentivement
11. Utiliser les instructions et consulter
12. Réévaluer la situation constamment
13. Assurez-vous que le travail dans l'équipe est bon
14. Piloter votre attention consciemment
15. Fixer des priorités dynamiques

Nach Rall, Gaba

in: Miller, Anesthesia

6th Edition (2005)

Comunication + CRM

- **Croire**

  ne signifie pas **dit**

- **Dit**

  ne signifie pas **entendu**

- **Entendu**

  ne signifie pas **compris**

- **Compris**

  ne signifie pas exécuté

Close the loop !

Ceci s'applique à l'expéditeur et au destinataire!

Causes des incidents critiques

70 % soi-disant „Human Factors“

(évitables?)

- **Pas en raison de connaissances professionnelles insuffisantes!**
- **Mais les problèmes de mise en pratique des connaissances dans le contexte réel**
- **Comment prendre en charge la complexité**
- **Team, Communication**

Au cours de l’étude de la médecine, près de 0% sur ce sujet mondial

Evaluation :

70 % soi-disant „Human Factors“ (évitables?)

- **Stress sur l'opérateur pour la spinale?**
- **Demande de dosage multiple sans réponse adéquate.**
- **Double erreur: 30 ug/heure ou 30 ml/heure?**
- **Résultat: 30 mg/heure à la place de 3 mg/h**

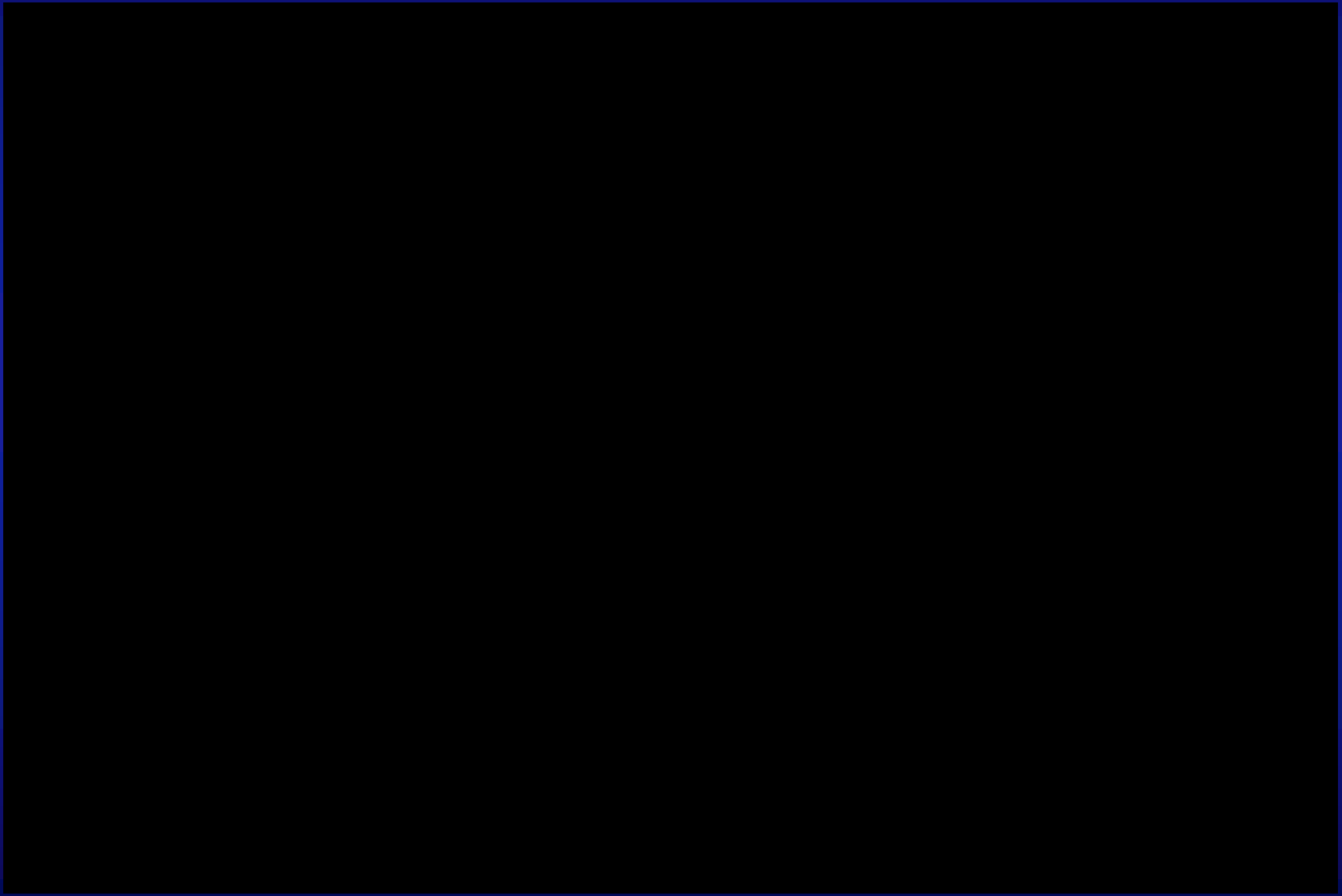
Le principe, 10-secondes-pour-10-minutes“

Diagnostic !
Problème ?

Problèmes?,
Team, Réalités,
Plan, Déléguer

Rall, Glavin, Flin:
BJA Bulletin 2008

Étiquettes similaires...



„Human error“
nel low-tech

Agitation de la patiente, on veut immédiatement l‘endormir et le mauvais médicament est chargé

„Human error“
nel high-tech

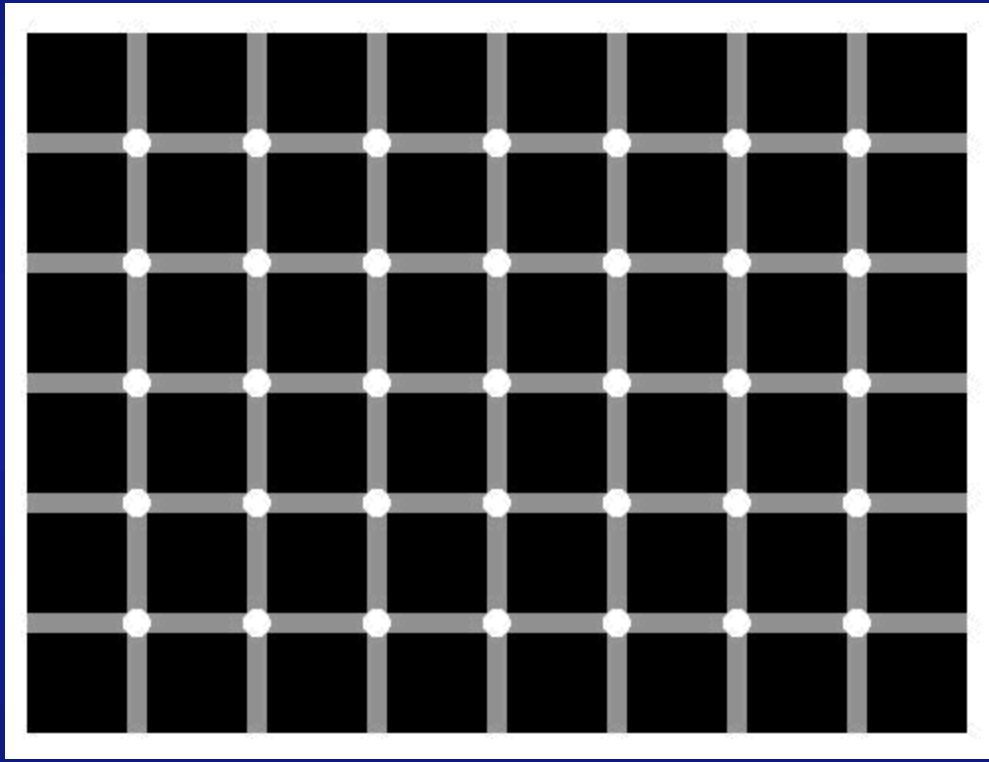
La sécurité réside dans la simplicité:-
Peu vaut mieux

Étiquettes similaires

Dans la confusion de la fin de l'opération :
- Etiquette organge et rouge confondue
- 10 mg Esmeron à la place de 1 mg Midaz
- Réaction immédiate : Bridium

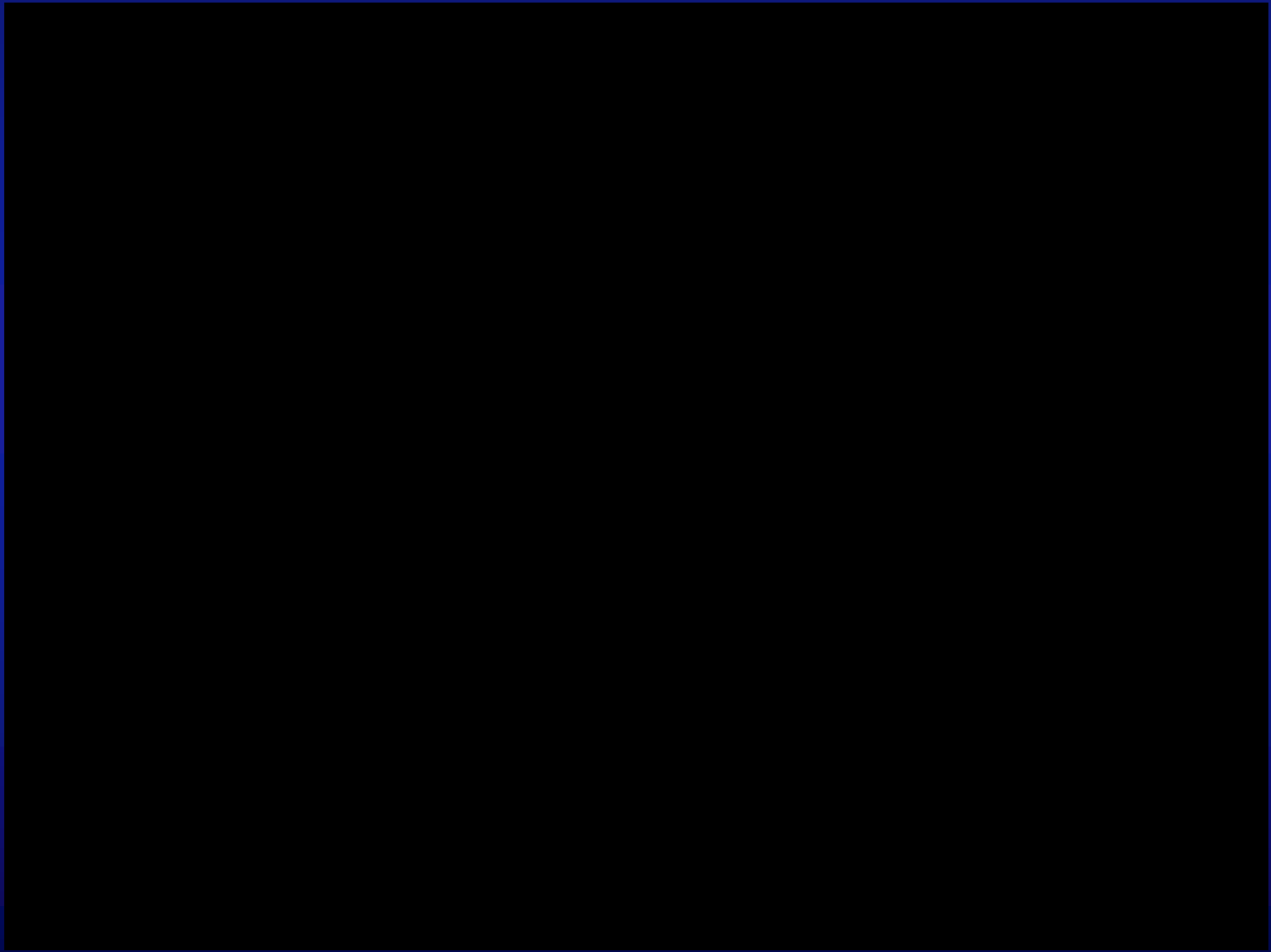
Evalution et conclusion :
- Les médicaments inutiles ne sont pas tirés sur le plateau.

Erreur dynamique et confusion (3)

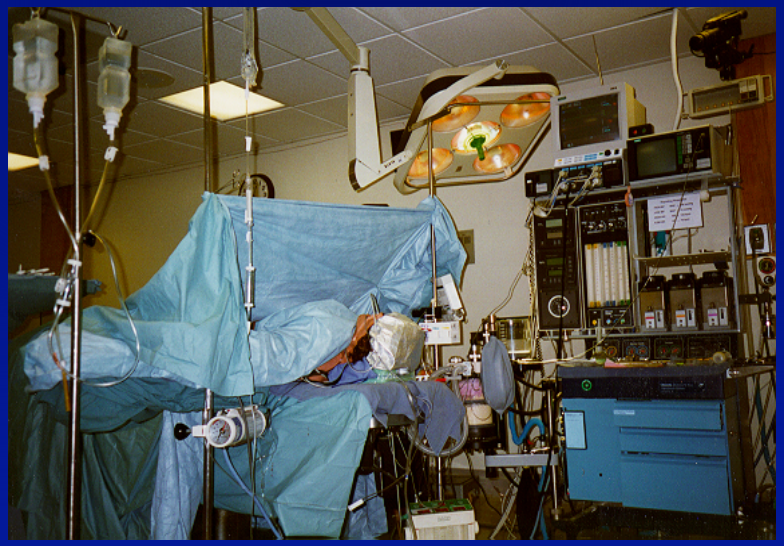


La sécurité ne consiste pas à tout préparer

Ampoules similaires...



CRM provenant de l'aviation



Différences dans la gestion de la sécurité?

Pilote – Anesthésiste

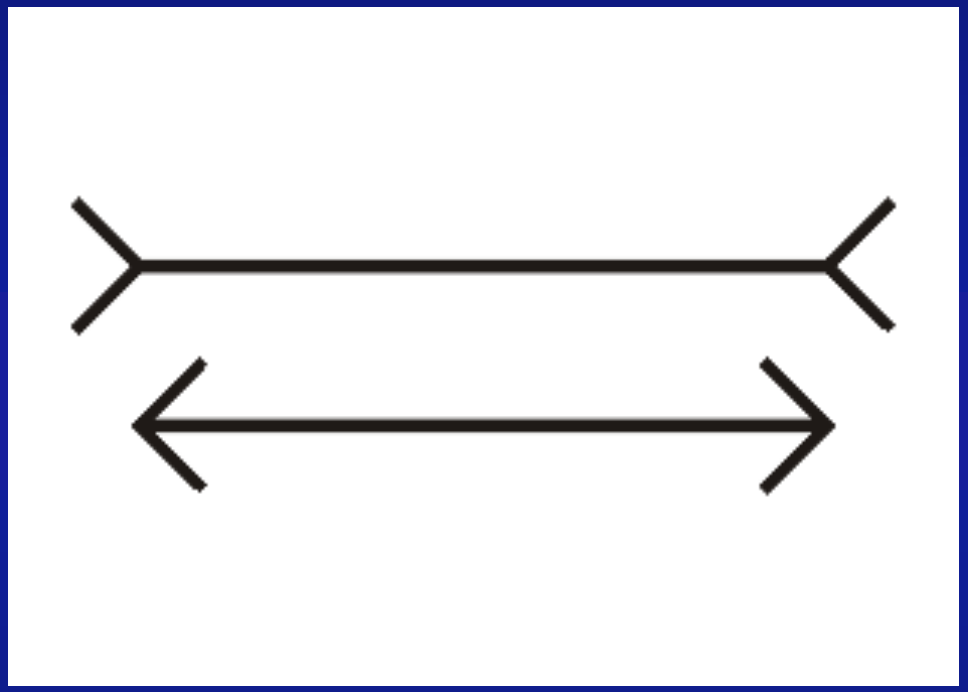
Le pilote est toujours assis dans le cockpit et vole avec l‘appareil!

Y aurait-il des changements si l'anesthésiste devait recevoir le même traitement que le patient?

Les avions ont été développés, construits et testés par des hommes et sont livrés avec un mode d'emploi!

Les patients ne peuvent pas être "volés“ et il n'y a pas de chirurgiens travaillant contre eux

Ampoules similaires



L'évaluation dépend du contexte

High Reliability Organisations

- **La sécurité est le premier objectif accepté!**
- **Le deuxième est le droit aux prestations**
- **Déchets en ressources à éviter**
- **Human Factor vs Human Error**
- **Recherche active et créative d'erreurs**
- **„Don´t forget to be afraid“**
- **Training des situations critiques**

Risque et facteur humain

- Suivre les recommandations (M-Olsen: Helsinky eclaration on safety in anaesth 2010)
- La tâche n'est pas d'éliminer les "erreurs humaines", mais de minimiser les conséquences dangereuses (D. Norman)

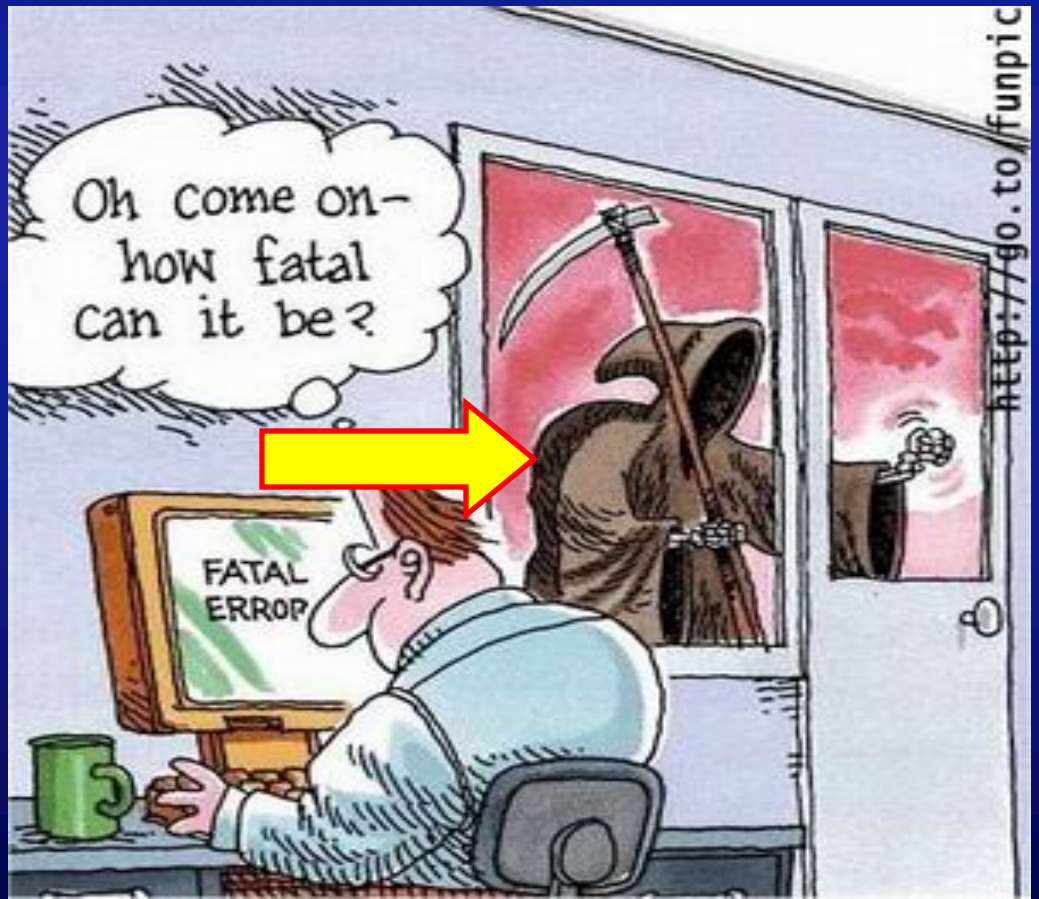
Nous sous-estimons l'importance des erreurs…

Fréquence : 1 sur 130 anesthesie (CIRS-D)
Dont 1% avec dommages permanents (2012 – D)

Nous sous-estimons l'importance des erreurs…

Nous sous-estimons l'importance des erreurs…

Dont 1% avec dommages permanents (2012 - D) ou la mort



Erreurs de médicaments:

ANALYSE
1/3 erreurs de dilution / préparation
¼ confusion entre les ampoules / étiquettes similaires
Aucune différence électif / urgent
1/3 besoin d'application immédiate

COMMUNICATION: 0%

SUBJECTIVE

Ampoules similaires >50%
Stress 32%

P. Brinkrolf - Anesth Intensivmed 2013; 54

J. Rohe – CIRS . Anästh Intensiv 2011; 53

A. Valentin – Drug errors – Br Med J 2009; 338

Ensuite, que dit-on au patient?

Erreur de dosage sans complication grave :

- Néosynéphrine?

Erreur de medicament sans conséquence:

- Succy à la place d'esmeron

Erreur nécessitant une intervention active:

- Mépivaca!ine iv
- esmeron sur patient éveillé

Erreur avec conséquences potentielles:

- Adrénaline à la place du Fentanyl