Erreur médicale

Apprendre de ses erreurs -Maîtriser les risques

UPA le 11 février 2014

Introduction

L'erreur c'est la vie (et peut être la vie est-elle une erreur) : recopie du patrimoine génétique

La vie est un risque et une aventure dangereuse

Le risque zéro n' existe pas

L'erreur est dans la nature humaine :

Errare humanum est

Même les robots font des erreurs

On apprend des erreurs tout au long de sa vie (les siennes et celles des autres)

L'erreur n'est pas qu'une abstraction (erreur de jugement, de conception) mais aussi factuelle (erreur de réalisation)

Périmètre de cette présentation

Erreur médicale

- en établissement de santé (exercice collectif)
- de tous les professionnels de santé
- hors du débat erreur/faute qui a/est
  - des limites floues
  - un sujet à appréciation variable
  - une question juridique
  - un débat nuisible sur le plan pragmatique

Définitions vocabulaire & perception

A - Qualité

Selon l'OMS la qualité des soins est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Définitions, vocabulaire & perception

A- Qualité

On décrit 8 composants à la qualité (JCAHO)

- Accessibilité *
- Acceptabilité
- Caractère approprié *
- Continuité *
- Délivrance au bon moment *
- Efficacité *
- Efficience
- Sécurité

mais composants intriqués : la sécurité comprend d'autres composants *

Définitions, vocabulaire & perception

B – Risque

C'est la combinaison d'une probabilité de la survenue d'un événement (à partir d'une fréquence connue) et de ses conséquences (ici néfastes) plus ou moins graves (courbe de Farmer acceptabilité du risque)

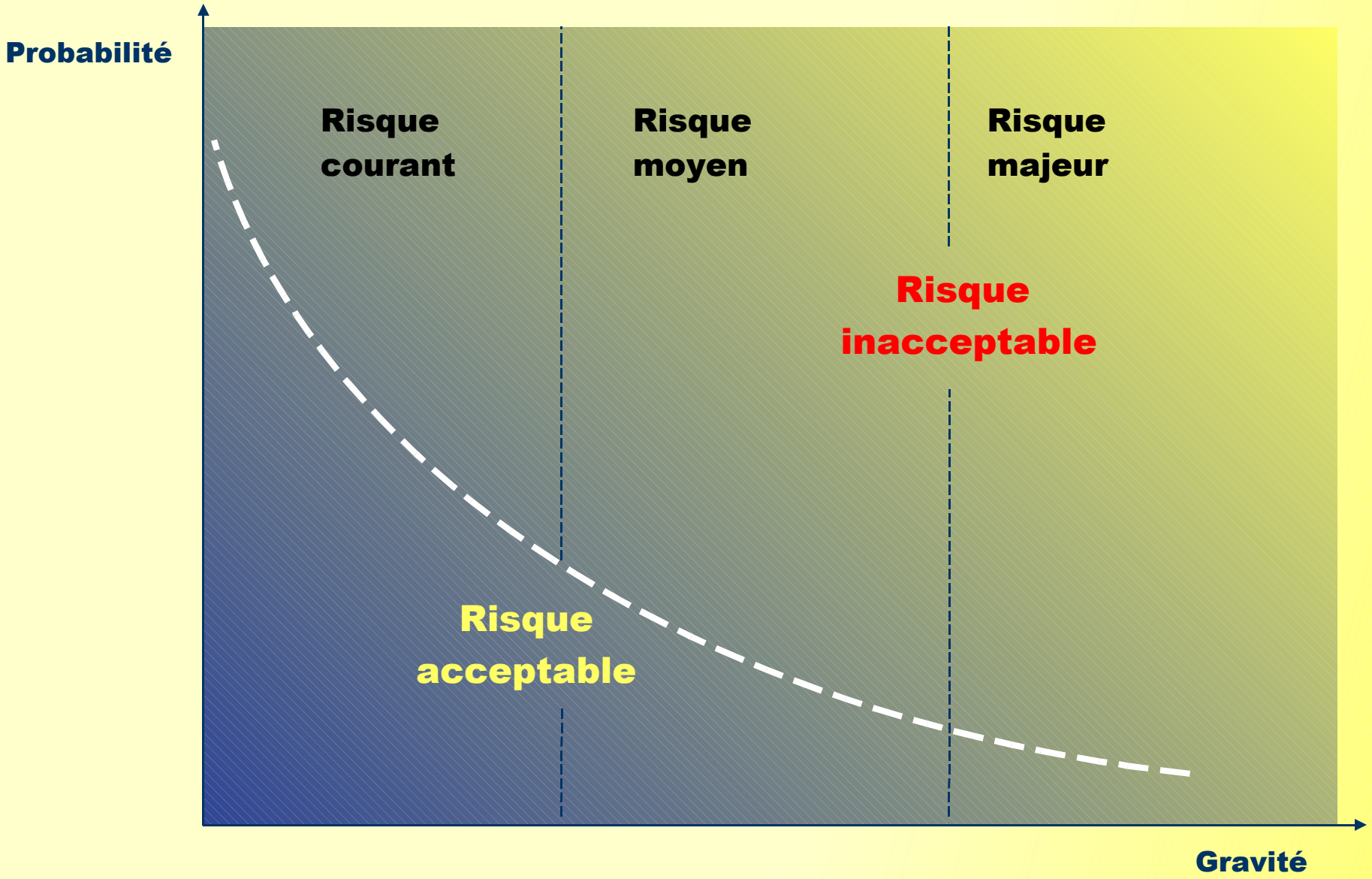
La notion de risque (concept) est différente de la situation dangereuse (réalité observable)

Concept : le risque d'accident de la route

Réalité :

- phénomène dangereux (il pleut)
- situation dangereuse (je téléphone et roule trop près du véhicule me précédant)
- événement dangereux (il y a un brusque ralentissement et c'est le presque accident si je stoppe à temps)
- accident
- dommage

Acceptabilité du risque : courbe de Farmer



Définitions, vocabulaire & perception

C – Erreur

Erreur ≠ Accident (cause et conséquence)

Parce que certaines erreurs ont des conséquences néfastes on pense que l'erreur est néfaste.

L'erreur peut avoir des conséquences positives

Sur le plan de la médecine quotidienne l'erreur peut n'avoir aucune conséquence (dépistage ou effet neutre)

Erreurs médicales = actions (ou omissions) qui conduisent ou peuvent conduire à un résultat non souhaité = événements indésirables

Événement indésirable ≠ erreurs

Événement indésirable

=

Dommage

- Aggravation de la pathologie existante
- Absence d'amélioration attendue de l'état de santé
- Survenue d'une pathologie nouvelle

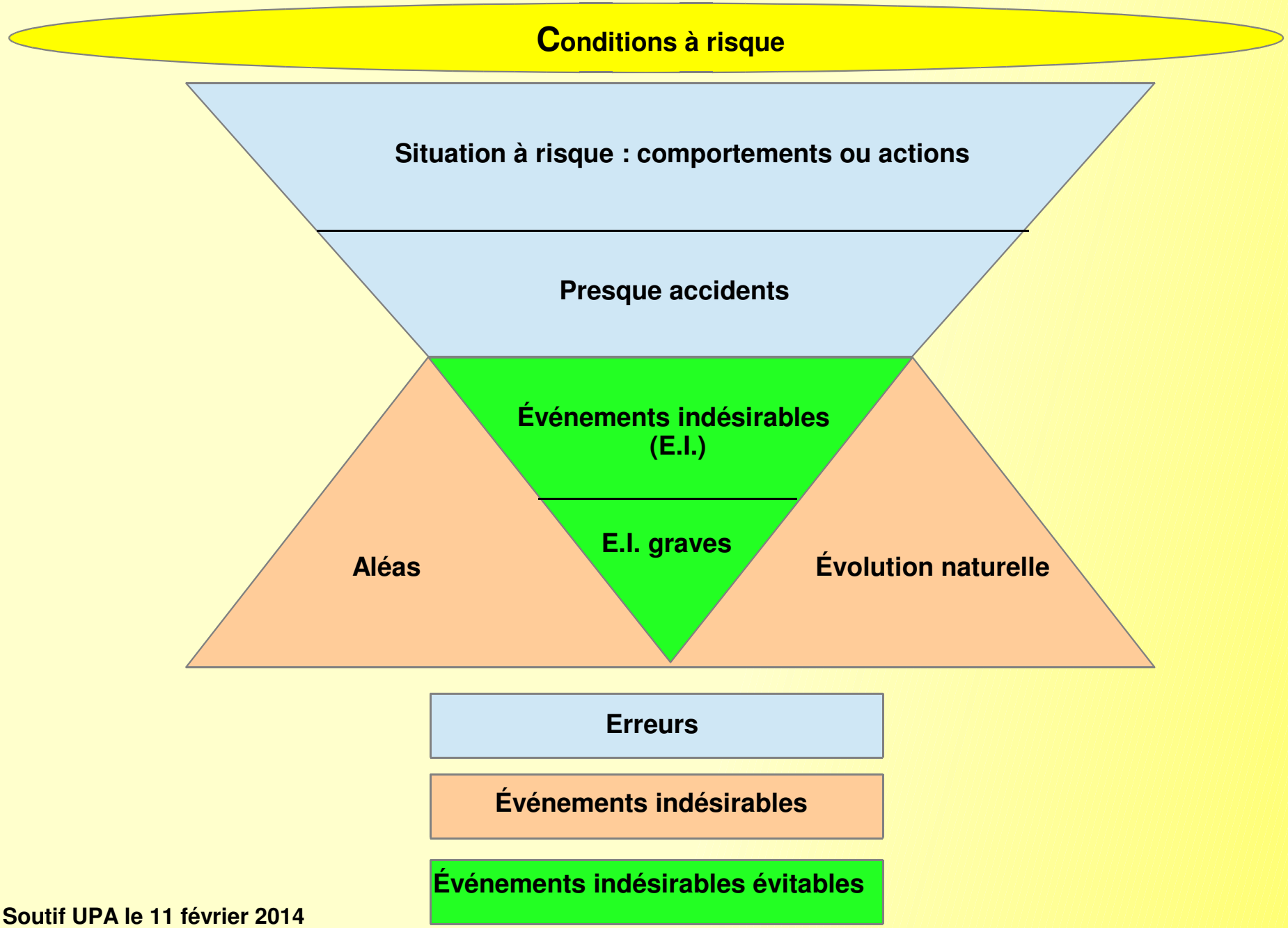
Réaction nocive à un médicament pris *(effet indésirable ou erreur médicamenteuse)*

- Altération d'une fonction de l'organisme

====>

- Traitement et/ou surveillance supplémentaire
- Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation
- Suppléance de fonction vitale
- Séquelle
- Décès

Erreurs et événements indésirables



Définitions, vocabulaire & perception

D – Sécurité

On ne prévient pas les risques (on prévient les accidents) mais on les réduit, on cherche à les maîtriser : c'est la gestion du risque.

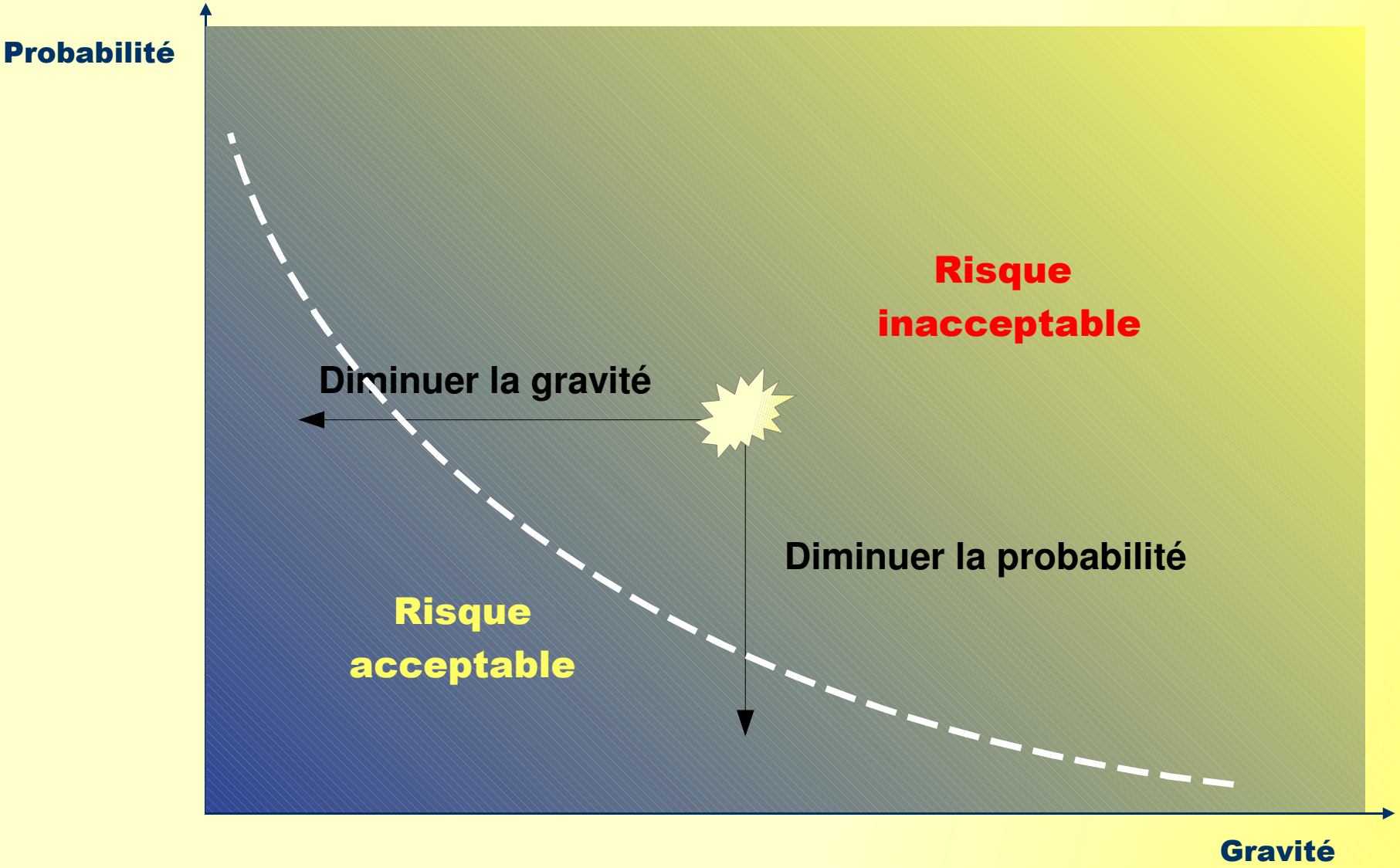
Gestion des risques : identifier, apprécier, traiter le risque c'est à dire chercher à en réduire la fréquence (probabilité de survenue) et/ou en réduire la gravité (réduire l'importance des conséquences) pour le rendre acceptable

La réduction de la probabilité passe par la maîtrise des situations dangereuses, la diminution de fréquence des événements dangereux (presque accidents)

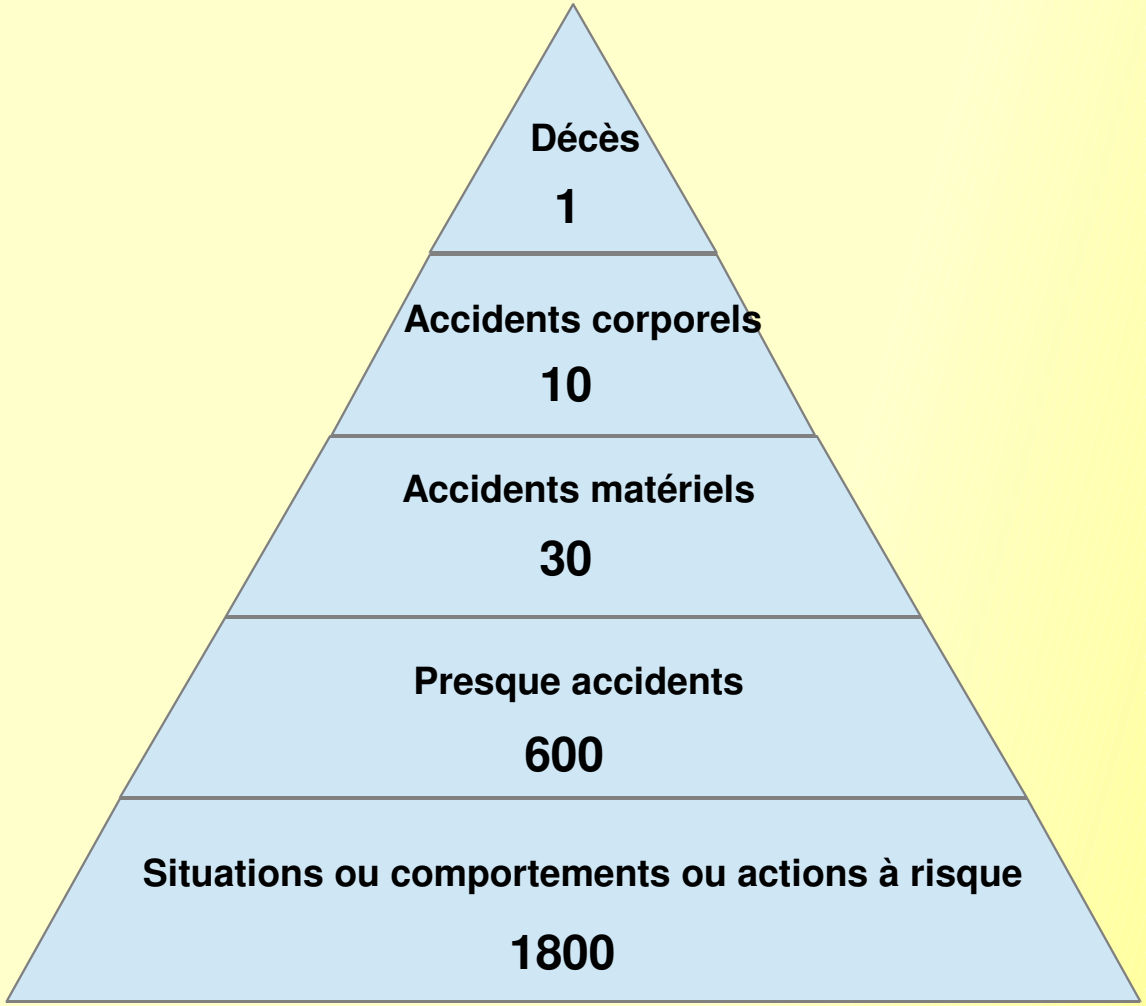
La réduction de la gravité passe par le dépistage et la prise en charge la plus précoce

Notion de pyramide des risques (Pyramide de Bird)

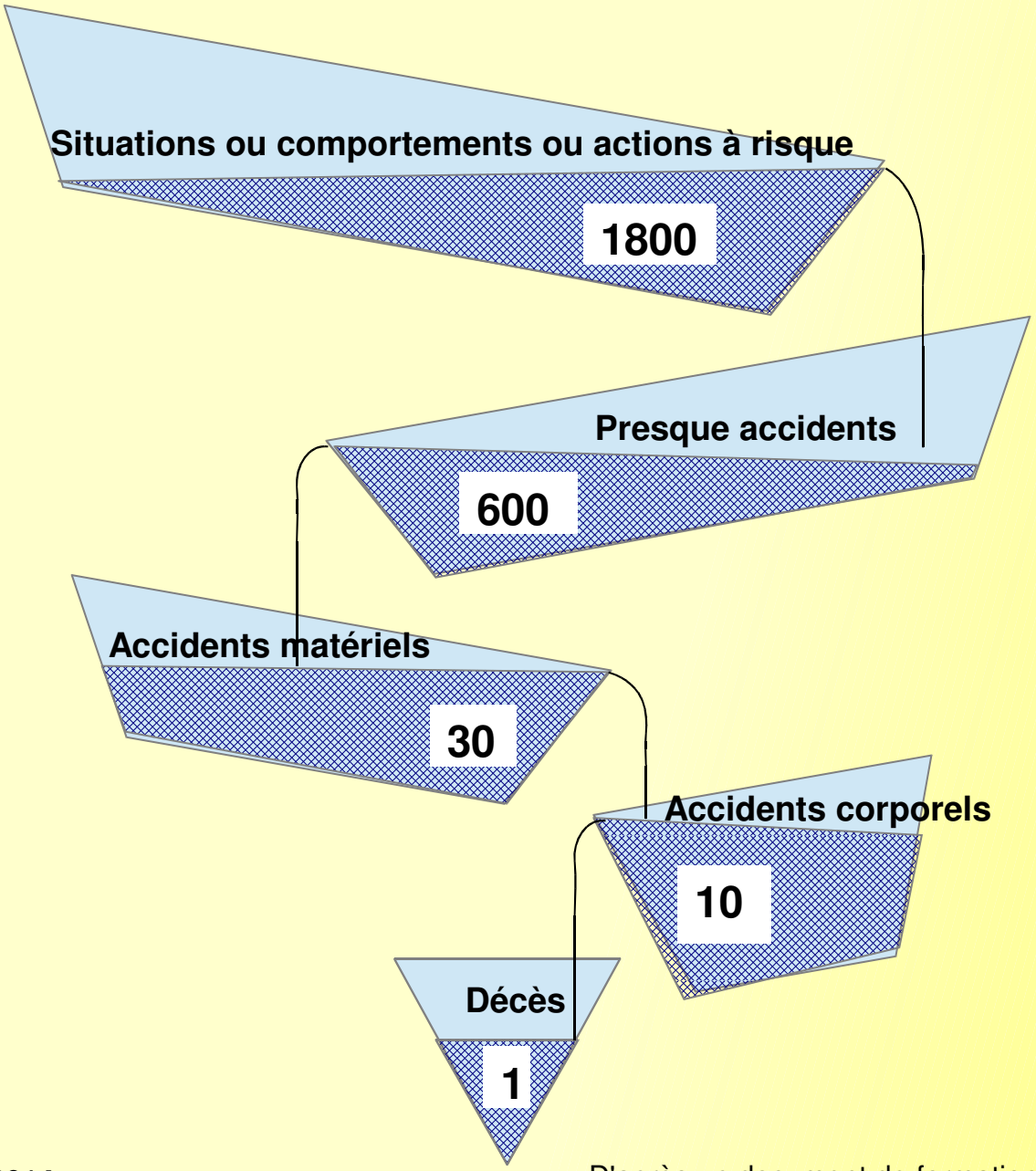
Gestion des risques : courbe de Farmer



Pyramide de Bird



Pyramide de Bird inversée



D'après un document de formation de l'AERISC
(Association Européenne pour la Recherche, l'Innovation et la Sécurité des arts du Cirque)

Définitions, vocabulaire & perception

D – Sécurité

Vigilances : elles permettent de surveiller les risques d'incidents ou d'effets indésirables liés aux produits de santé en assurant une veille sanitaire par un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement, d'évaluation et d'investigation des événements indésirables liés à l'utilisation des produits de santé afin d'optimiser leur sécurité d'emploi.

- Biovigilance Organes : tissus cellules
- Cosmetovigilance : produits cosmétiques
- Hémovigilance : produits sanguins labiles
- Infectiovigilance : infections associées aux soins
- Matériovigilance : dispositifs médicaux
- Pharmacovigilance : médicaments et médicaments dérivés du sang
- Réactovigilance : réactifs de laboratoire
- Toxicovigilance : surveillance des effets toxiques de produits, substances ou pollution

Définitions, vocabulaire & perception

D – Sécurité

Vigilances réglementaires (textes, supports de déclaration, organismes nationaux)

- Correspondant dans l'établissement (rôle interne)
- Traçabilité
- Signalements ascendants (selon le type et gravité) et descendants

Autres « vigilances » exemple

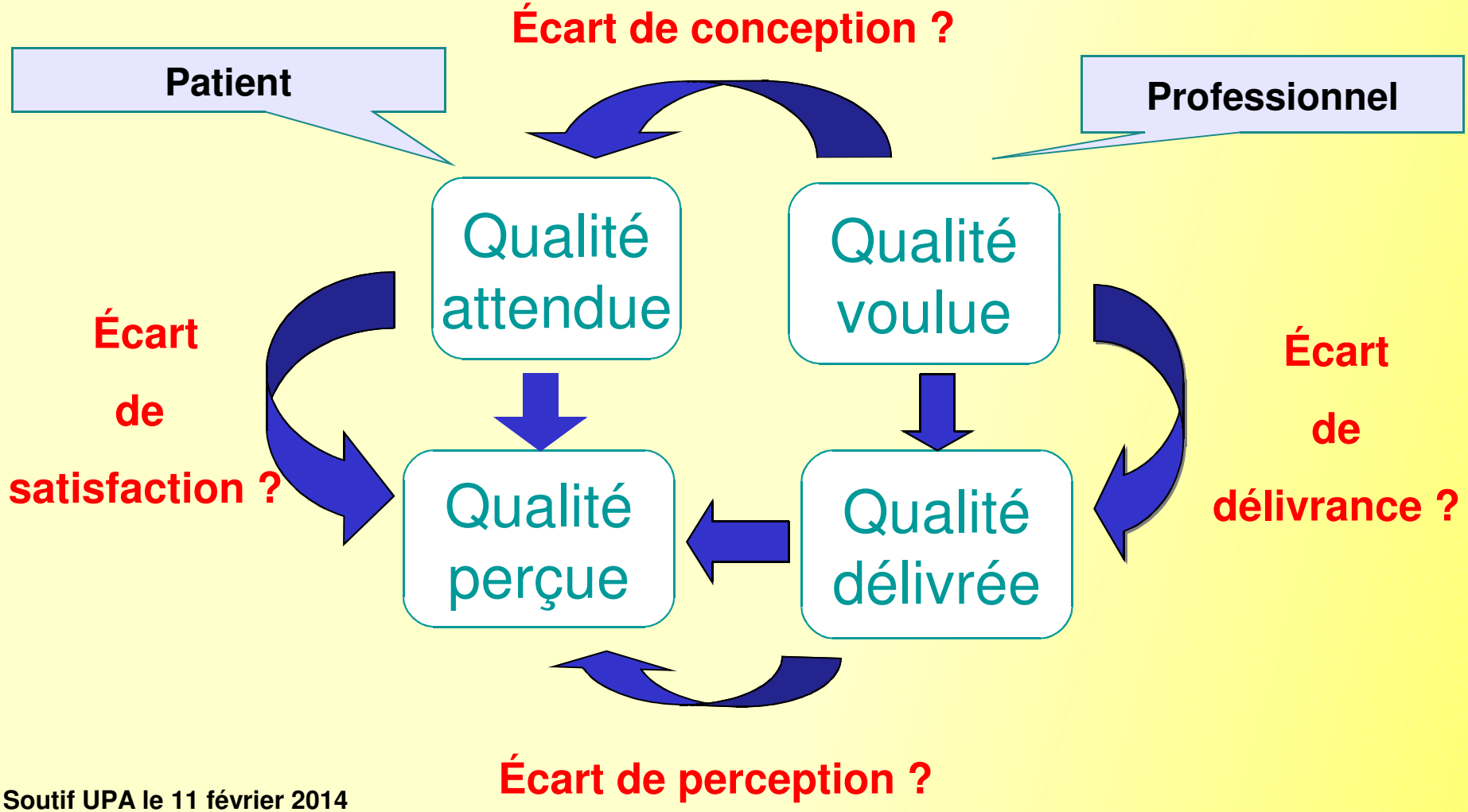
- Identito-vigilance

Procédures et protocoles dont certains sont obligatoires

- Check-list du bloc opératoire (critères pré-interventionnels avant anesthésie et avant début de l'opération et post opératoire) sur le modèle de la check-list en aéronautique.

Définitions, vocabulaire & perception

E - Perception de la qualité et de la sécurité



Historique

Primum non nocere (traité des épidémies Hippocrate - 410)

Construction des vigilances au gré des événements indésirables médiatisés voire de « scandales », depuis la mise en place de l'hémovigilance (1994) pour la France

Rapport sur les erreurs médicales aux États Unis 1999 mais aussi des publications d'autres pays attirant l'attention sur ce phénomène de santé publique (en ampleur et en impact)

Un certains nombres d'enquêtes à thème (médicaments, infections noscomiales....)

En France Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins en 2004 (ENEIS 1) répétée en 2009 (ENEIS 2)

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Étude ENEIS 2 (2009) sous l'égide du ministère de la santé

- Même méthodologie qu'en 2004
- Notion de gravité
- Échantillon représentatif de 251 services de médecine et de chirurgie
- Suivi une semaine de chaque patient présent
- Enregistrement de tous les EI Analyse des EIG
- Cause d'hospitalisation ou survenant pendant l'hospitalisation
- Recherche du caractère évitable (évitabilité)

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Événements indésirables graves (EIG)	ENEIS 1	ENEIS 2
Nombre de séjours étudiés	**8 754**	**8 269**
Nombre de journées d'hospitalisation	**35 234**	**31 663**
Nombre d'EIG	**450**	**374**
Nombre d'EIG évitables	**181**	**177**

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Concernant les EIG survenus pendant une hospitalisation

Il est rapporté 6,2 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation (≈ 3 lits pendant 1 an) dont 87 EIG évitables soit 2,6 EIG évitables pour 1 000 journées d'hospitalisation

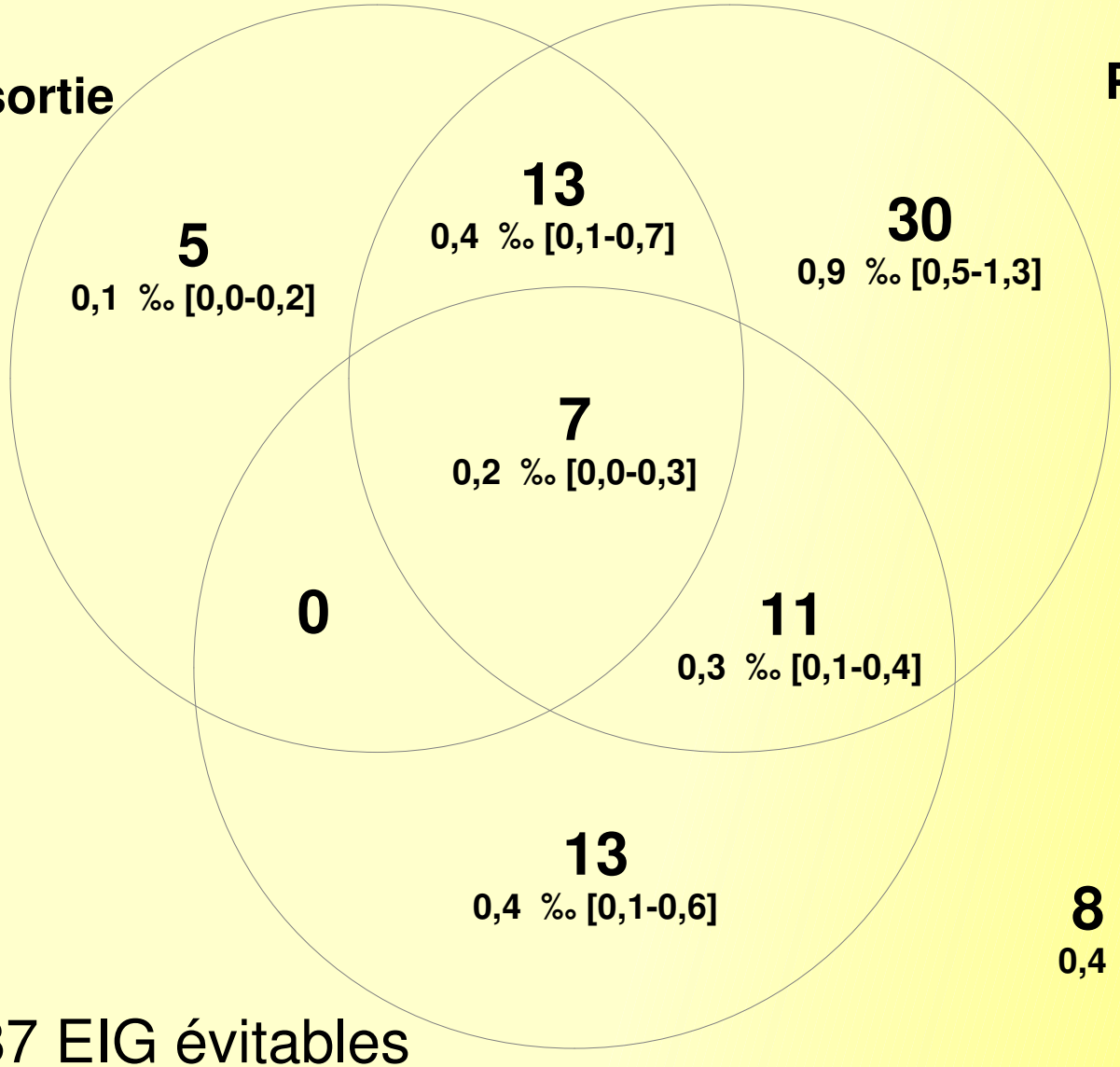
Traduit en valeur absolue pour environ 54 millions de journées d'hospitalisation de médecine et chirurgie, cela ferait entre 275 000 et 395 000 EIG par an dont entre 95 000 et 180 000 évitables.

On note une fréquence statistiquement plus élevée en chirurgie qu'en médecine et en chirurgie plus élevée en CHU qu'en CH ou clinique.

Il y a une prolongation d'hospitalisation (quelle qu'en soit la durée), la mise en jeu du pronostic vital, la persistance d'une séquelle ou incapacité (quelle qu'en soit la sévérité) ou enfin un décès (mais l'étude ne permettait pas de savoir si le décès était directement et entièrement lié à l'EIG)

Données quantitatives

des conséquences dommageables de l'erreur médicale

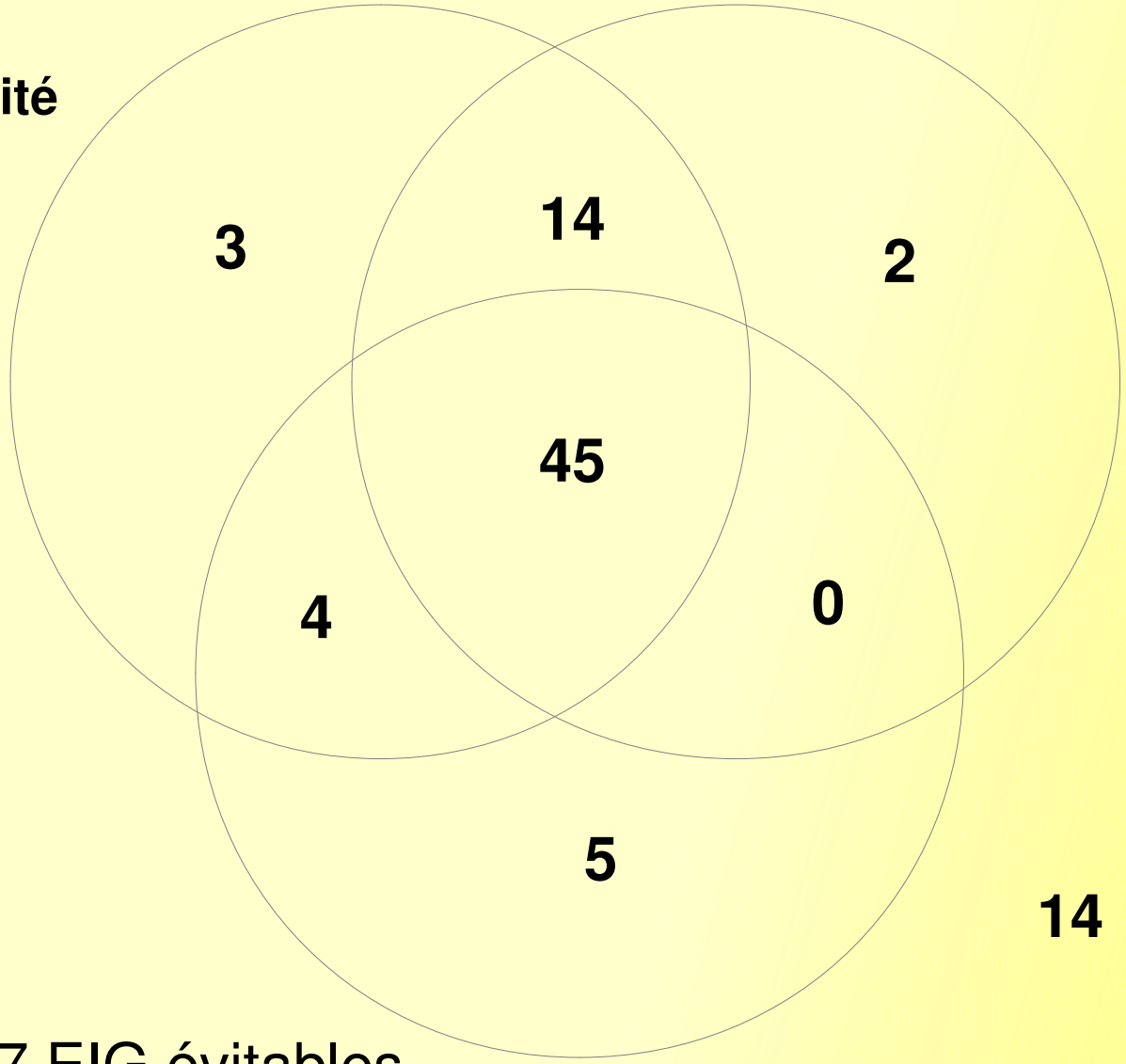


Estimation
5 % < 48 H
20 % 48 H – 1 s
25 % 1 à 2 s
40 % 3 à 4 s
10 % > 1 mois

8 décès
0,4 ‰ [0,0-0,7]

Répartition des 87 EIG évitables
selon la gravité

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale



Répartition des 87 EIG évitables
selon la situation clinique

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Exposition ou mécanisme des 87 EIG évitables et nature de l'événement

Procédure	58
dont intervention chirurgicale	25
Produit de santé	41
dont médicament	24
Infection liée aux soins	28

* Un même EIG peut avoir plusieurs critères

Nouvelle pathologie	76
Décompensation d'une pathologie	8
Allongement de la durée d'une pathologie	3

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Principaux facteurs des 87 EIG évitables favorisants

Fragilité du patient	75
Défaillance humaine	24
Supervision insuffisante des collaborateurs	23
Comportement du patient	21
Communication insuffisante entre professionnels	21
Infrastructure inappropriée	15
Composition inadéquate des équipes	14

* Un même EIG peut avoir plusieurs facteurs

64 fois par commission et 23 fois par omission

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Concernant les EIG cause d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation

Il est rapporté 4,5 EIG pour 100 hospitalisations en médecine et chirurgie dont 89 soit 2,6 évitables.

Traduit en valeur absolue pour les environ 9 millions d'hospitalisation de médecine et chirurgie, cela ferait entre 330 000 et 490 000 hospitalisations pour EIG par an dont entre 160 000 et 290 000 évitables.

Ces hospitalisations sont plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie.

Le plus souvent 2/3 des cas simple hospitalisation, mais aussi dans certains cas la mise jeu du pronostic vital, une séquelle ou incapacité (quelle qu'en soit la sévérité) ou un décès (mais l'étude ne permettait pas de savoir si le décès était directement et entièrement lié à l'EIG).

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

Exposition ou mécanisme des 90 EIG évitables et nature de l'événement

Procédure	46
dont intervention chirurgicale	34
Produit de santé	59
dont médicament	43
Infection liée aux soins	29
dont infection du site opératoire (ISO)	14

* Un même EIG peut avoir plusieurs critères

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

En France

La stabilité des résultats entre 2004 et 2009 ne permet pas de conclure sur les progrès ou non de la maîtrise des risques.

- Augmentation des risques (techniques, médicamenteux)
- Étude globale gommant les variations particulières

Les enquêtes spécifiques un jour donné sur les infections liées aux soins pendant l'hospitalisation (RAISIN*) montrent une prévalence qui après avoir baissé entre 2001 et 2006 est en 2012 de 5,1 %, stable en court séjour par rapport à 2006 et en baisse dans les autres secteurs (SSR, USLD, Psychiatrie). La France est cependant dans les bons élèves au niveau européen.

L'enquête des centres de pharmaco-vigilances 2007 montre que 3,6 % de hospitalisations sont liées à des effets indésirables des médicaments. Proche d'une enquête similaire 1996.

* RAISIN : Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales

Données quantitatives
des conséquences dommageables de l'erreur médicale

A l'étranger

Aux États Unis dans son rapport « Err is human » de 1999, l'Institut de Médecine évaluait les décès liés à une erreur médicale, entre 44 000 et 98 000 par an. (perte américaine de la guerre du Vietnam environ 50 000 morts)

En Espagne enquête Eneas 2008 (similaire à ENEIS) montre 7,3 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation et cause d'hospitalisation dans 1,9 % des admissions.

Étude australienne de 1992 : 6,6 % des hospitalisations étaient liées à un EIG

* RAISIN : Réseau d'Alerte d'Investigation et de surveillance des Infections Nosocomiales

Types d'erreurs

Représentation du fonctionnement cognitif (J. Rasmussen 1983)

- Niveau basé sur la connaissance (mobilisation des moyens cognitifs pour comprendre et agir)
- Niveau basé sur les règles (permet l'action sans se poser des « pourquoi ? »
- Niveau de routine (action automatique)

On ne peut pas tout faire au niveau le plus élevé (consommateur de ressource et beaucoup plus lent) et donc une importante quantité d'actions se fait au niveau de routine (cf conduite d'une voiture)

Autant de type autant d'erreur (J. Reason1990)

Types d'erreurs

Dimension	Erreurs basées sur les automatisme	Erreurs basées sur les règles	Erreurs basées sur les connaissances
Type d'activité	Actions routinières	Activités de résolution de problèmes	
Concentration de l'attention	Sur autre chose que la tâche en cours	Sur des considérations liées au problème	
Mode de contrôle	Schémas	Règles stockées	Processus conscients limités
Capacité prédictive de l'erreur	Largement prédictible	Variable	
Fréquence	Élevée en valeur absolue mais faible en proportion	Faible en valeur absolue mais importante en proportion	
Capacité de détection	Élevée	Très faible sans intervention extérieur	
Risque pour la sécurité	Modéré	Important à très important	

Types d'erreurs

Dans l'activité professionnelle l'erreur est la norme car on est sur le mode routine le plus souvent pour des raisons d'efficience. En mode niveau basée sur la connaissance on serait trop lent et ce serait trop consommateur d’énergie

La plupart des erreurs de routine sont dépistées et corrigées le cas échéant à temps.

Il y a donc un flux d'erreurs et un flux d'opérations de contrôle, de correction ou d'actions pour atténuer les conséquences

En pratique c'est le renforcement du deuxième flux qui est le plus efficace.

Ne pas se contenter de prévention et d'évitement, mais agir aussi sur le dépistage et la récupération.

Types d'erreurs

Étude UK (rapportée par J. Reason) sur 165 interventions cardiaques néonatales en moyenne 7 erreurs par procédure dont une potentiellement fatale (interventions longues stressantes, techniquement compliquées mais réalisées par des chirurgiens extrêmement expérimentés)

Étude aux EU (2009) variation de 3,9 % à 6,9 % de la mortalité de patients ayant bénéficié d'une chirurgie vasculaire selon les centres (après ajustements). L'explication n'est pas dans le taux de complications (identiques) mais dans la capacité de dépister et de résoudre les complications.

Mécanismes de l'erreur médicale

A – « Modèles » de l'erreur (plutôt représentation)

- Épidémique (modèle de la peste)

En raison de l'ampleur du phénomène

Phénomène de santé publique

Nécessité d'éradiquer cette « pathologie » mais pas de traitement

L'erreur est forcément mauvaise (confusion causes et conséquences)

Solution : l'homme étant faillible il faut l'éloigner et développer l'automatisation comme dans le transport aérien (mais avec un risque de perte de savoir faire aux moments où le contrôle humain devient nécessaire) et avec l'apparition de risques nouveaux (informatisation du circuit du médicament)

Mécanisme

A – Modèles de l'erreur

- Personnel Je suis pour toute théorie qui refuse l'innocence de l'homme et pour toute pratique qui le traite en coupable (A. Camus La chute).

Les erreurs sont liées à des processus mentaux capricieux (oubli, inattention, distraction, manque de soins....)

Action directement sur l'acteur de première ligne : dénoncer, blâmer, faire honte, faire peur en punissant, re-former, mettre en place des réglementations et des procédures. Largement inefficace.

Permet au manager d'isoler le « coupable » et de ne pas mettre en cause les autres et soi-même.

Permet à l'avocat de mettre en œuvre la responsabilité civile voire pénale

Mécanisme

A – Modèles de l'erreur

- Moral Qu'on lui coupe la tête (Lewis Carroll)

Seuls les mauvais éléments font des erreurs et les bons n'en font pas (devoir professionnel, éthique)

Un professionnel responsable ne doit pas faire d'erreur (après plus de 10 ans études pour les médecins on doit savoir bien faire)

L 'erreur est le fait d'inconscients et de négligents qui méritent des sanctions exemplaires (modèle personnel)

Or c'est faux dans le plus grand nombre de cas. L'expérience et l'expertise déplacent simplement la typologie des erreurs.

Mécanisme

A – Modèles de l'erreur

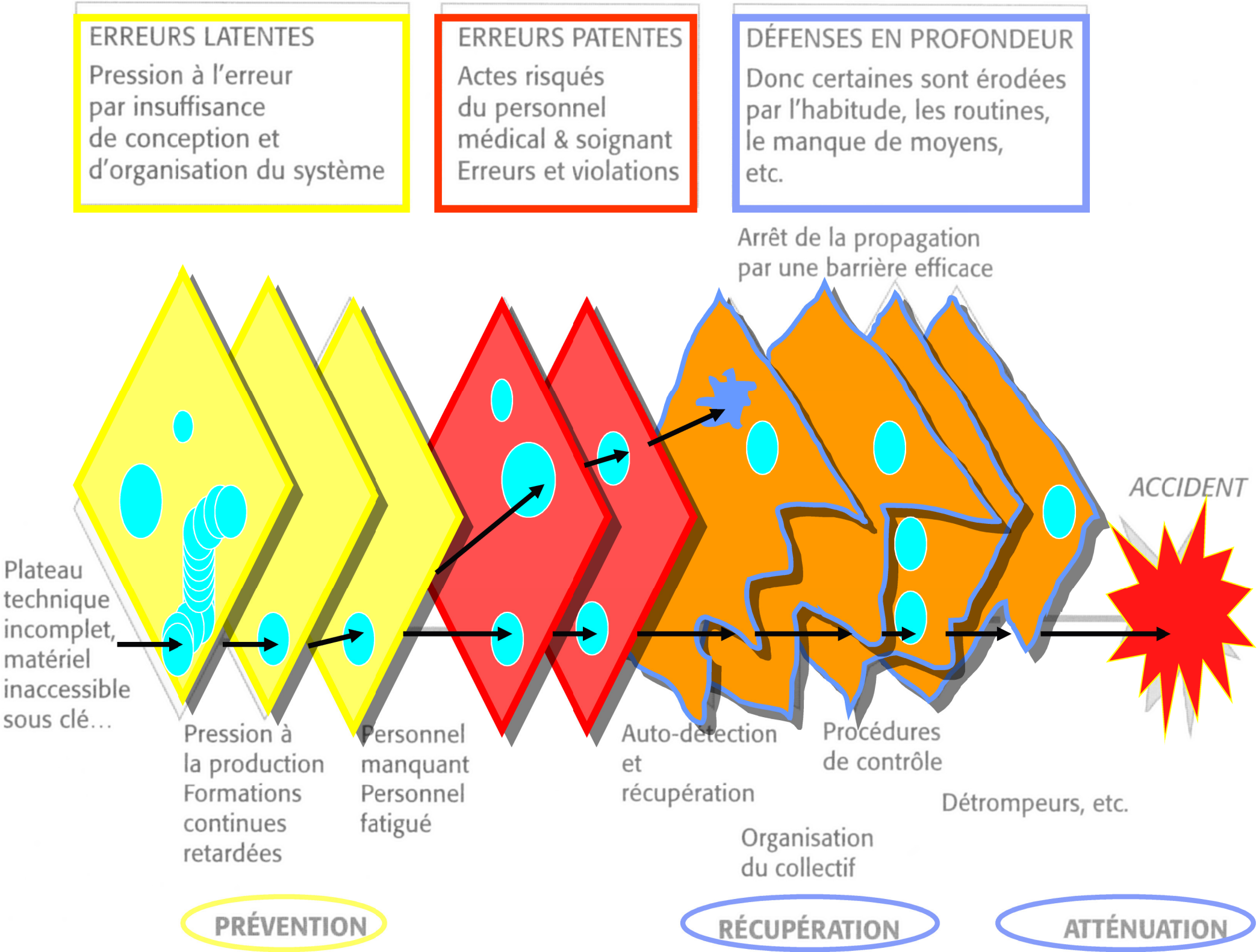
- Systémique (Fromage suisse de J. Reason)

L'humain est faillible, l'erreur doit être envisagé dans tout système (ici de santé). Il n'y a pas de considération morale. L'erreur est la conséquence et non la cause (et l'événement indésirable une conséquence possible de l'erreur)

L'erreur a son origine non pas tant dans la perversité de certains humains que dans la complexité et les dysfonctionnements du système dans laquelle elle se produit.

Dans une même situation un autre aurait très probablement fait la même erreur.

On doit agir donc en amont de l'erreur patente (sur les erreurs latentes) et en aval (sur les défenses) pour en empêcher ou en atténuer les conséquences.


ERREURS LATENTES
Pression à l'erreur par insuffisance de conception et d'organisation du système
ERREURS PATENTES
Actes risqués du personnel médical & soignant Erreurs et violations
DÉFENSES EN PROFONDEUR
Donc certaines sont érodées par l'habitude, les routines, le manque de moyens, etc.
Arrêt de la propagation par une barrière efficace
ACCIDENT
Plateau technique incomplet, matériel inaccessible sous clé…
Pression à la production Formations continues retardées
Personnel manquant Personnel fatigué
Auto-détection et récupération
Organisation du collectif
Procédures de contrôle
Détrompeurs, etc.
PRÉVENTION
RÉCUPÉRATION
ATTÉNUATION

Mécanisme

B – Pour conclure sur les mécanismes

Il faut faire un compromis entre les différentes contraintes et le niveau de risque acceptable pour mettre un certain nombre d'actions au niveau routine. La sécurité est un arbitrage et non une valeur absolue

- Pour un patient donné (entre multiplier des précautions et les contraintes de moyens, de temps...)
- Pour l'ensemble des patients (entre la maîtrise au maximum de l'erreur pour un patient et le risque de ne plus avoir le temps ou les moyens pour un autre : cf professionnel en formation).

Gestion du risque : prévention des accidents

A – En théorie

Leçons tirées d'autres activités à risque (aéronautique)

Gestion ou maîtrise des risque et non prévention des risques car on ne prévient pas un concept, mais réduction des risques, prévention des conséquences.

Risques à priori : cartographie des risques dans une démarche proactive : cotation des risques

Gravité	Fréquence			
	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Gestion du risque : prévention des accidents

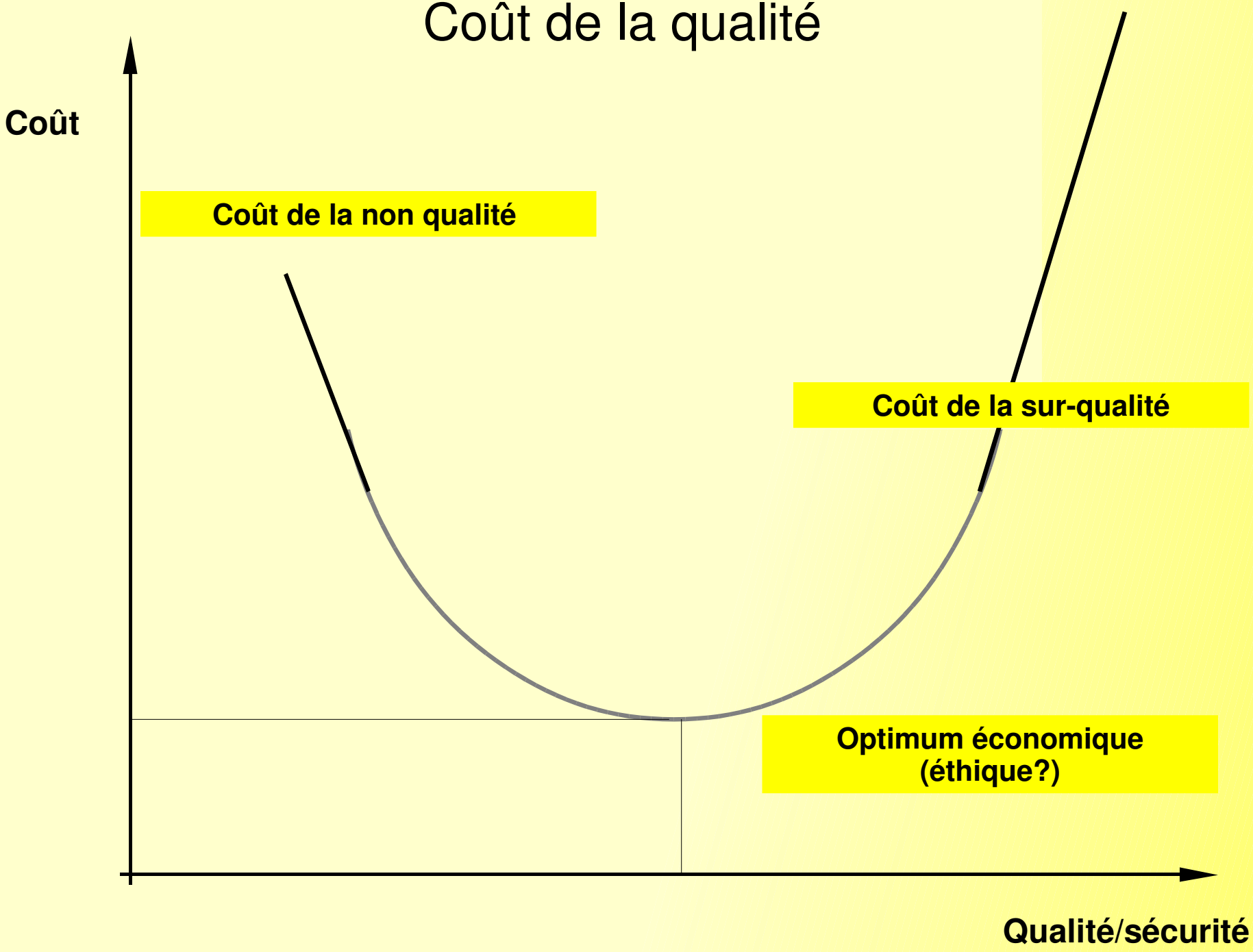
A – En théorie

Risques à posteriori : démarche réactive pour empêcher l'accident (en cas de presque accident) mais aussi minimiser les conséquences puis rebondir sur la prévention.

Réduire l'impact humain mais aussi financier des conséquences d'erreur

- Sur le patient d'abord (conséquence physique et psychique voire sociale)
- Sur le professionnel (conséquence psychique)
- Sur la structure (réputation & coût)

Coût de la qualité



Coût de la gestion du risque

C 'est un coût de type assurance :

- Cotiser (assurance responsabilité civile) obligatoire et investir pour prévenir les accidents et maîtriser les risques
- Primes tiennent compte de plus en plus de votre capacité à la maîtrise des risques
- Primes tiennent compte de votre sinistralité (bonus/malus)
- Encore faut-il connaître le coût des conséquences des accidents

=> Coût pour les années 2006 à 2009 : 470 Millions d'euros d'indemnisation (Observatoire des risques médicaux)

Risque de renononcement de certaines activités à risque juridiquement parlant (échographie pré-natale)

Gestion du risque : prévention des accidents

B – En pratique : Mise en œuvre interne

Les vigilances

La réalisation de la cartographie des risques et sa mise à jour continue

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

Revue de morbi-mortalité (RMM) obligatoire dans certaines disciplines et services

Comité de retour d'expérience (pour certains processus en particulier le circuit du médicament)

Développement des systèmes automatiques et informatisés pour prévenir et repérer les événements indésirables

Gestion du risque : prévention des accidents

B – En pratique : Mise en œuvre interne

Check List, protocoles (sans excès)

Bracelet d'identification, marquage pré-opératoire

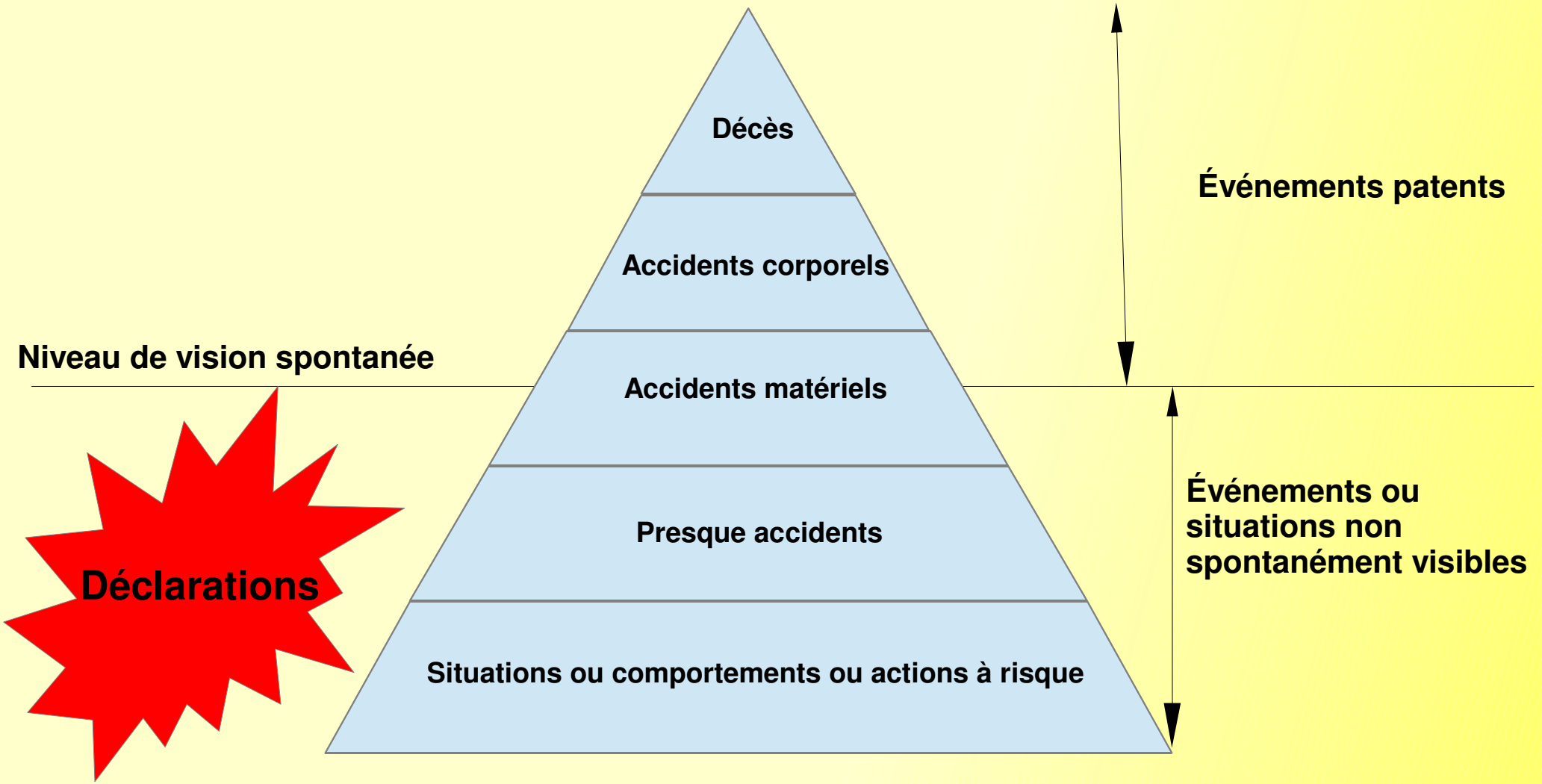
Bentchmarking et mise en œuvre d'actions nationales (never events)

Le système de signalement pour

- Suivre des indicateurs
- Analyse systémique des accidents, incidents, presque accidents, situations dangereuses ou à risque les plus graves ou fréquents
- Apprendre de ses erreurs et de celles des autres.

Charte de non punition pour l'usage interne mais non opposable à la justice pour la santé en France, contrairement à la situation de l'aviation en France ou de la santé dans certains pays dont les EU, le Danemark par ex.

Pyramide de Bird : voir l'iceberg en entier



Gestion du risque : prévention des accidents

B – En pratique : Mise en œuvre interne

Analyse systémique : méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management). Recherche des causes racines et des défenses jusqu'à épuiser les «et pourquoi ?».

- Facteurs liés au patient
- Facteurs liés à la tâche à accomplir
- Facteurs liés au(x) professionnel(s) impliqué(s)
- Facteurs liés à l'équipe
- Facteurs liés à l'environnement de travail
- Facteurs liés à l'organisation du travail et au management
- Facteurs liés au contexte institutionnel

Gestion du risque : prévention des accidents

C – En pratique : contrôles externes et incitations

Mise en place des vigilances et de systèmes de déclaration des accidents les plus graves

Indicateurs nationaux de qualité et sécurité

Certification (accréditation dans sa première version) depuis 2002, pour tous les établissements de santé.

- La 4eme itération de cette démarche va démarrer en 2015 et se centre sur l'identification des risques par l'établissement, sur la qualité de la prise en charge et sur le travail en équipe.

Gestion du risque : prévention des accidents

C – En pratique : contrôles externes et incitations

Publication des résultats (site Scope Santé)

Semaine de la sécurité des soins chaque année

Les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Incitations financières à la qualité des soins (expérimentation).

Développement du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (PACTE) sur le modèle du Crew Ressource Management de l'aéronautique (en particulier la capacité à dépasser les rapports hiérarchiques).

Gestion du risque : prévention des accidents

D – En pratique : le patient : co-acteur de sa sécurité

Concept récent (principe éthique de l'autonomie)

2006 programme de l' OMS « patient for patient safety »

2009 Recommandation du conseil de l'union européenne

2013 Programme national pour la sécurité des patients (axe N° 1)

►Développer une relation soignant-soigné plus équilibrée, ..., prenant en compte les facteurs individuels,... :

- Former à la communication et l'écoute active
- Promouvoir la participation active du patient à la sécurité des soins (questionner, signaler, informer, participer aux vérifications)

►Garantir l'information du patient lors de sa prise en charge

►Faciliter l'accomplissement des missions des représentants des usagers

Gestion du risque : prévention des accidents

D – En pratique : le patient : co-acteur de sa sécurité

Information, éducation thérapeutique

Favoriser le questionnement des patients et lui apprendre à le faire

L'impliquer dans sa propre sécurité en lui expliquant la démarche

S'adapter pour cela aux spécificités du patient (compréhension, handicap, niveau de stress ….)

Le patient ne doit pas s'inquiéter devant la multiplication des contrôles et y contribuer (identité, type d'intervention, traitement....)

Quelques cas

A – Erreurs médicamenteuses

- A la conséquence dramatique (hôpital St Vincent de Paul Paris - presse)

Décès le 24 décembre 2008 d'un enfant de 3 ans suite à l'injection par erreur de chlorure de magnésium ($MgCl_2$) uniquement à usage de la pharmacie pour préparer des solutions de perfusion, au lieu d'un soluté classique prescrit pour le réhydrater.

Analyse systémique
- Ressemblance des flacons et livraison des deux produits ensembles
- Rangement des flacons au même endroit
- Erreur lors du changement de la perfusion par l'infirmière
- Aucun des verrous de sécurité n'a fonctionné (à la pharmacie, à l'arrivée des produits dans le service et lors de l'administration)
- Autres facteurs : Veille de Noël, problèmes de locaux et d' armoires de rangement.

Quelques cas

A – Erreurs médicamenteuses

- Sans conséquence (cas OMEDIT Aquitaine)

Prescription de FURADANTINE® à titre préventif d'infection urinaire pour une menace d'accouchement prématuré par un obstétricien nouveau dans le service. La Sage femme va chercher le médicament à la pharmacie où on lui donne du DANTRIUM® myorelaxant utilisé en neurologie.

Le produit est donné à la patiente en pensant qu'il s'agissait d'un générique.

Le lendemain la patiente est trouvée somnolente, le diagnostic d'erreur médicamenteuse est posé.

Quelques cas

A – Erreurs médicamenteuses

– Sans conséquence (cas OMEDIT Aquitaine)

Analyse systémique
=> Causes immédiates
Absence de double contrôle à la délivrance et à l'administration, problème de rangement en pharmacie de médicaments non stockés et méconnaissance des génériques

=> Causes latentes
Patiente : méconnaissance du traitement
Management : Gestion des effectifs et des rythmes de travail, absence de culture du double contrôle.
Méthode : prescription inhabituelle, absence de protocole MAP, absence de présentation des habitudes du service aux nouveaux.
Milieu : zone de rangement en pharmacie inadaptée
Moyens humains : charge de travail, interruption de tâche.

Quelques cas

A – Erreurs médicamenteuses

- Presque accident (cas vécu)

Service néonatologie prescription de Lopril 4mg

Confusion entre Lopril 4mg et le Coversyl 4 mg (reçu de la pharmacie et équivalent de Lopril 50 mg)

Erreur interceptée par le cadre à réception du traitement nominatif

Analyse systémique et plan d'amélioration

==> Séparation des produits en pharmacie

==> Identification des ordonnances nominales en néonatologie

Quelques cas

B – Erreurs de coté

- A la conséquence dramatique (Presse 2009)

Ablation du sein non pathologique lors d'une intervention pour cancer du sein au centre de cancérologie de Lyon. L'erreur de coté est malheureusement constatée trop tard lors de l'opération mais avant la fin de l'intervention et donc l'ablation du sein atteint sera ensuite réalisée.

Analyse systémique
- Pas de check-list (obligation au bloc opératoire 1er janvier 2010)
- Pas de marquage pré-opératoire
- Infirmière ayant commencé à installer la patiente est appelée en urgence et remplacée par une autre non au courant pour la réalisation du champ opératoire
- Absence de vérification du chirurgien

Quelques cas

B – Erreurs de coté

- Presque accident (Cas HAS)

Homme de 43 ans se découvrant une hernie inguinale droite. Va voir son médecin qui l'envoie voir un chirurgien avec une lettre notant une hernie à gauche. Le chirurgien relève l'erreur et en fait part au patient et prévoit une intervention.

Le jour de l'intervention l'infirmière qui fait les vérifications et le patient s'aperçoit que l'on envisage de l'opérer à gauche. Il signale l'erreur (la lettre, et le dossier du chirurgien parlant de la gauche, l'échographie demandée pour hernie gauche note la hernie à droite). Pas de marquage.

Au bloc à nouveau discussion et le chirurgien confirme que c'est à droite qu'il faut opérer et le marquage est effectué.

=> les contrôles multiples et le rôle du patient a été décisif.

Quelques cas

C – Erreurs de patient

– Accident (Cas OrthoRisq)

Monsieur «Œil» entre pour une intervention pour cataracte en ambulatoire. Il est hospitalisé dans la même chambre que Mr CC qui doit être opéré d'un canal carpien.

Le brancardier vient chercher Mr «Carpien» et s'adresse à Mr «Œil» en lui demandant si il est bien Mr «Carpien» pour un canal carpien. Le patient stressé ou qui n'a pas bien compris répond "oui c'est moi" et est amené au bloc avec le dossier de Mr «Carpien» et installé en salle d'orthopédie.

L'AS à l'arrivée au bloc repose la question au patient : "vous êtes bien Mr «Carpien» et le patient répond à nouveau oui. Elle prépare alors le poignet pour l'intervention du canal carpien.

Quelques cas

C – Erreurs de patient

– Accident (Cas OrthoRisq)

En salle d'opération pas de vérification de l'identité du patient. On indique au chirurgien que son patient est installé. Le chirurgien ne vérifie pas l'identité d'autant qu'il s'agit d'une intervention pratiquée sous anesthésie loco régionale, malade conscient.

Le chirurgien opère toujours sans réaction du patient et c'est le brancardier qui était allé chercher le patient pour la cataracte qui s'aperçoit de l'erreur.

Il n'y pas eu de conséquence néfaste puisque les suites du canal carpien ont été simples et que le malade a été opéré dans la foulée par l'ophtalmologiste. Il n'y a pas eu non plus de conséquences médico-légales

Quelques cas

C – Erreurs de patient

– Accident (Cas OrthoRisq)

La check-list est obligatoire encore faut-il

- La faire
- La faire correctement c'est à dire
  - Les professionnels ensemble
  - En demandant au patient
    - Son nom et prénom (et pas si il s'appelle untel)
    - De quoi il va être opéré (et non si c'est « le canal carpien »)
    - De quel coté il doit être opéré
  - Mais aussi en revoyant ensemble les points critiques et les éléments de la préparation préopératoire
  - Et en fin d'intervention en faisant les contrôles nécessaires

Conclusions

Errare humanum est sed perceverare diabolicum

(attribué à Sénèque)

Cuiusvis humanis est errare, nullius nisi insipientis, in errore perseverare

(Cicéron)

Bibliographie et références

Site de l'HAS : www.has-sante.fr

Site du ministère de la santé : documents DRESS étude ENEIS 2

James Reason (1990) : L'erreur humaine Ed Presse des Mines (traduction française 1993 nouvelle édition 2013)

Rapport Institut de médecine des EU (2000) : To err is human

Christian Morel (2002) : Les décisions absurdes I Ed Gallimard

Christian Morel (2012) Les décisions absurdes II Ed Gallimard (les deux tomes disponibles en poche)

James Reason (2013) : A life in error Ed Ashgate

Laurent Degos (2013) : Éloge de l'erreur Ed Le Pommier

René Amalberti (2013) : Piloter la sécurité Ed Springer