



# Exploitation des EPR

## Erreurs de sites

Groupe d'experts:

G Bollini, R Cavagna, Y Masse, JY nordin,  
M Mansat, H Mendizabal



1. Données générales
2. Nature de l'erreur
3. Professionnel à l'origine de la 1ère erreur
4. Etape à laquelle a été identifiée l'erreur
5. Caractère fortuit ou protocolisé du dépistage
6. Facteurs de risque ayant contribué à l'erreur
7. Dispositifs de prévention mis en place par le chirurgien
8. Actions correctives décidées suite à l'EPR

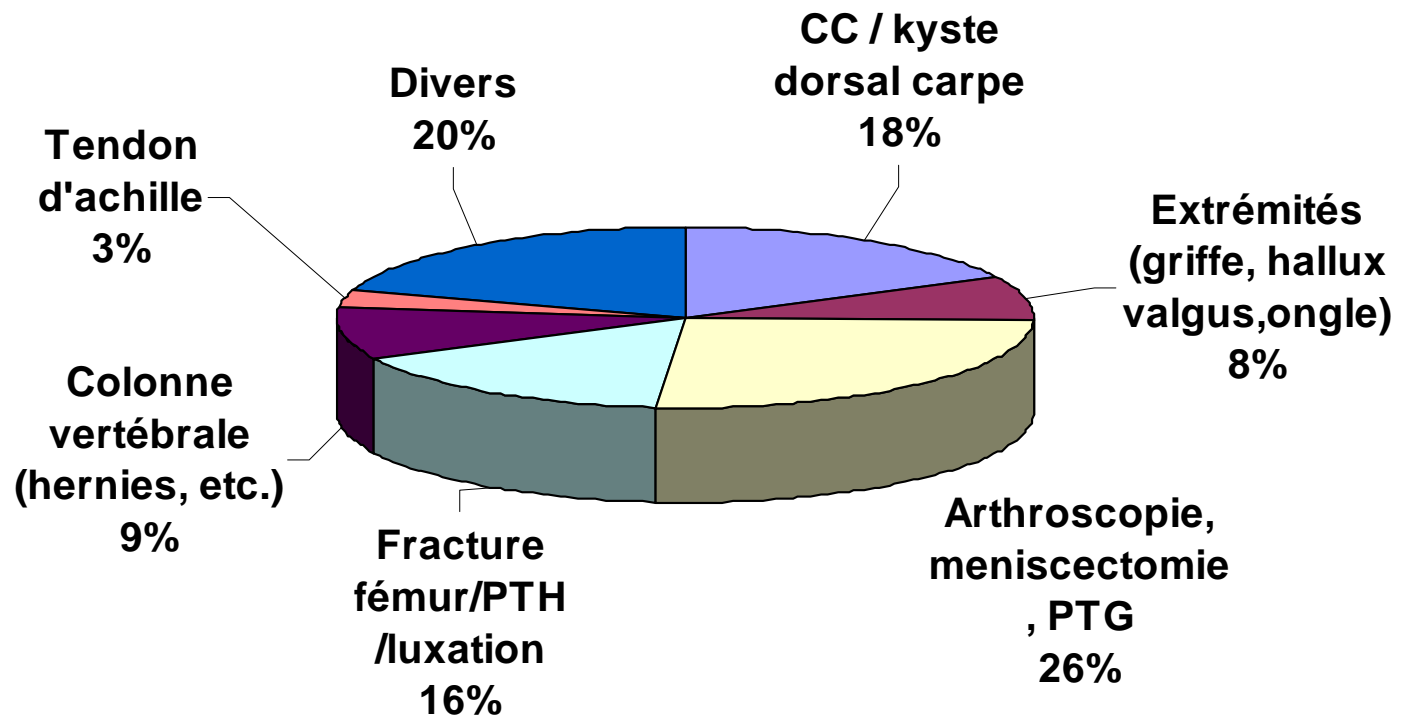


# Données générales

- 80 déclarations
  - 11 (13%) relevant d'une déclaration INVS
    - 6 ALR du mauvais côté
    - 5 interventions (mauvais côté, oubli d'un acte,  
erreur de patient)
  
- Prises en charge
  - Ambulatoire : 30%
  - Hospitalisation court séjour : 60%
  - Patient provenant des urgences : 10%

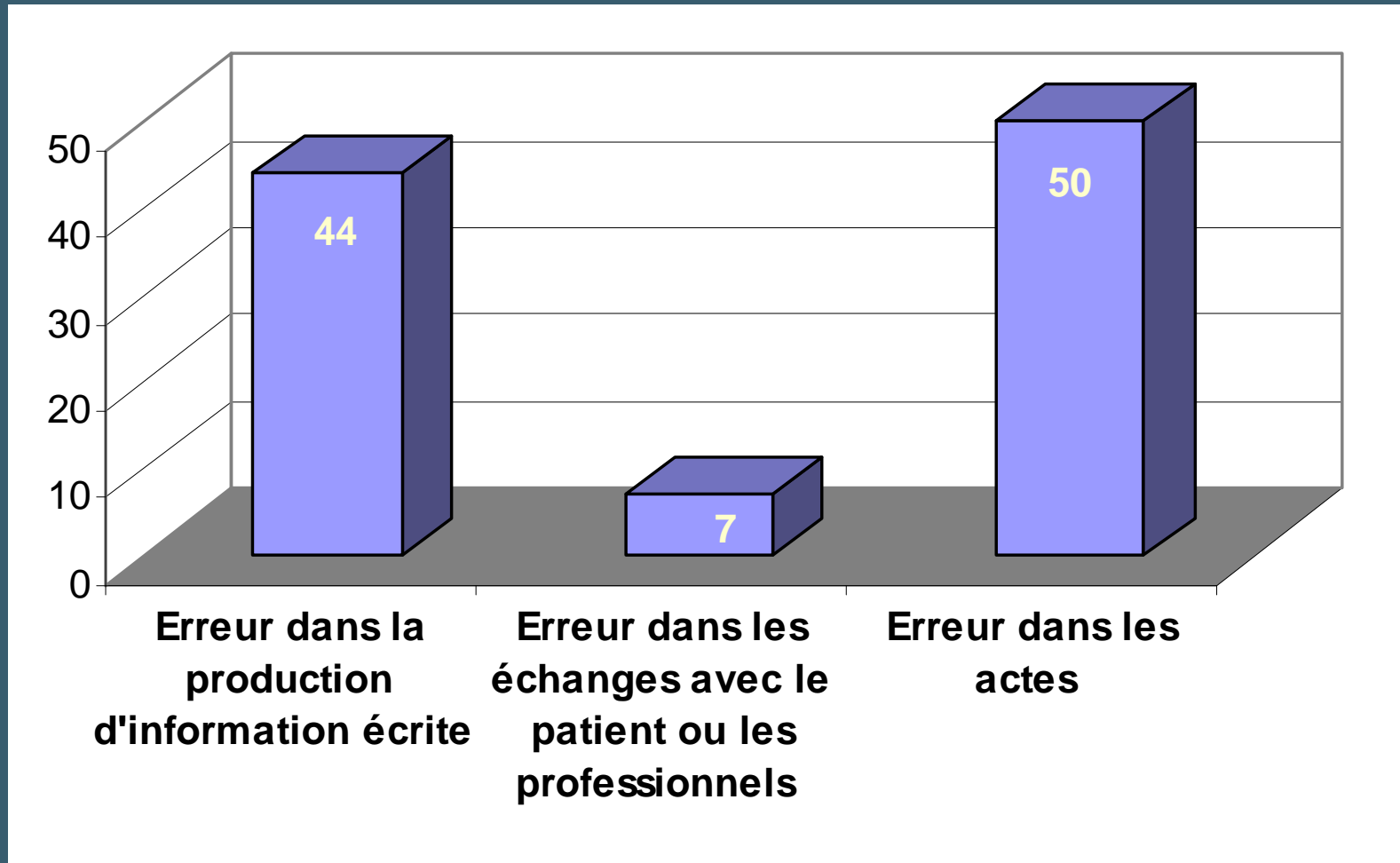


# Type d'Intervention



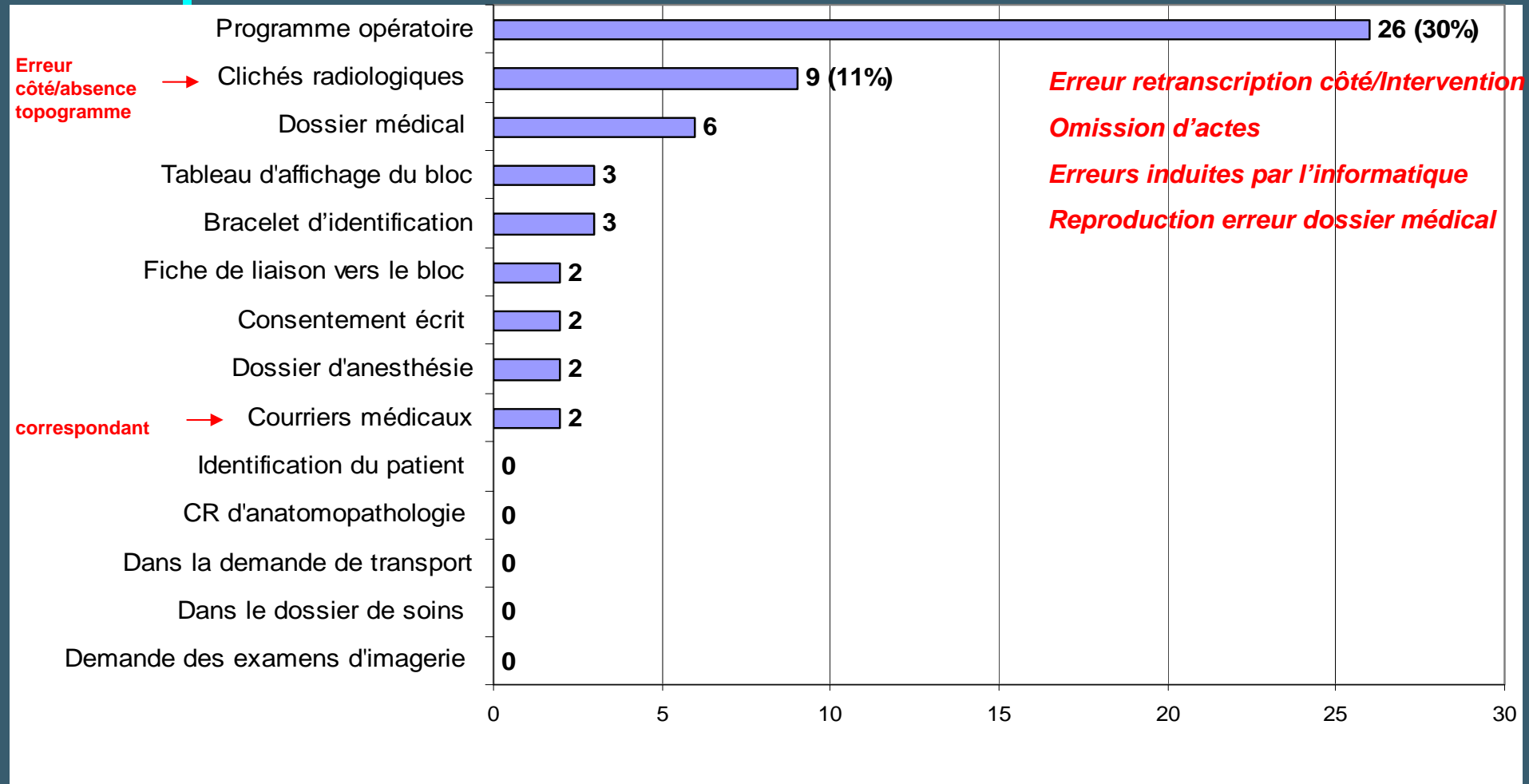


# Nature des erreurs





# Erreurs dans les écrits



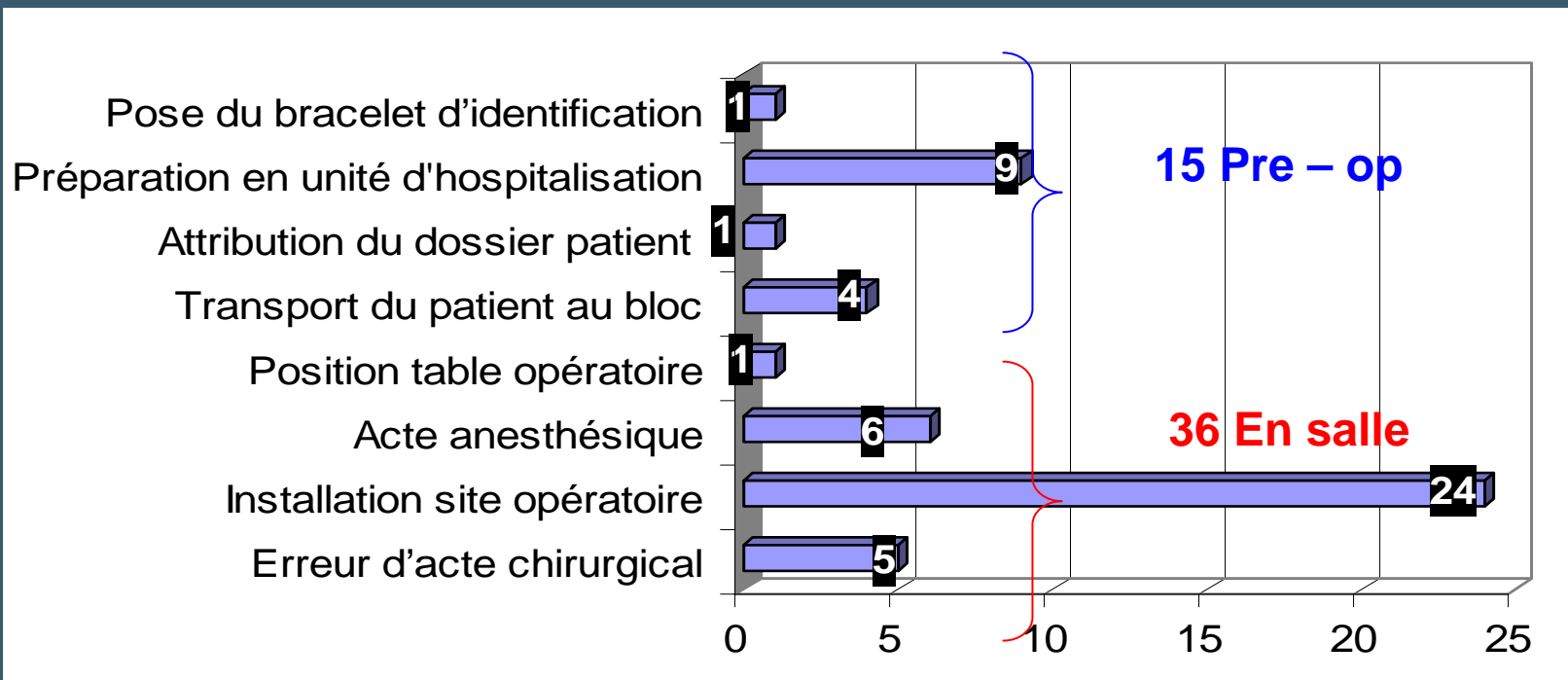


# Erreurs d'Echanges Oraux

- 6 erreurs de confirmation de l'intervention erronée par le patient
- 1 erreur liée à la formulation de la demande de transport : demande d'une « intervention » et non d'un patient ! Erreur de brancardage

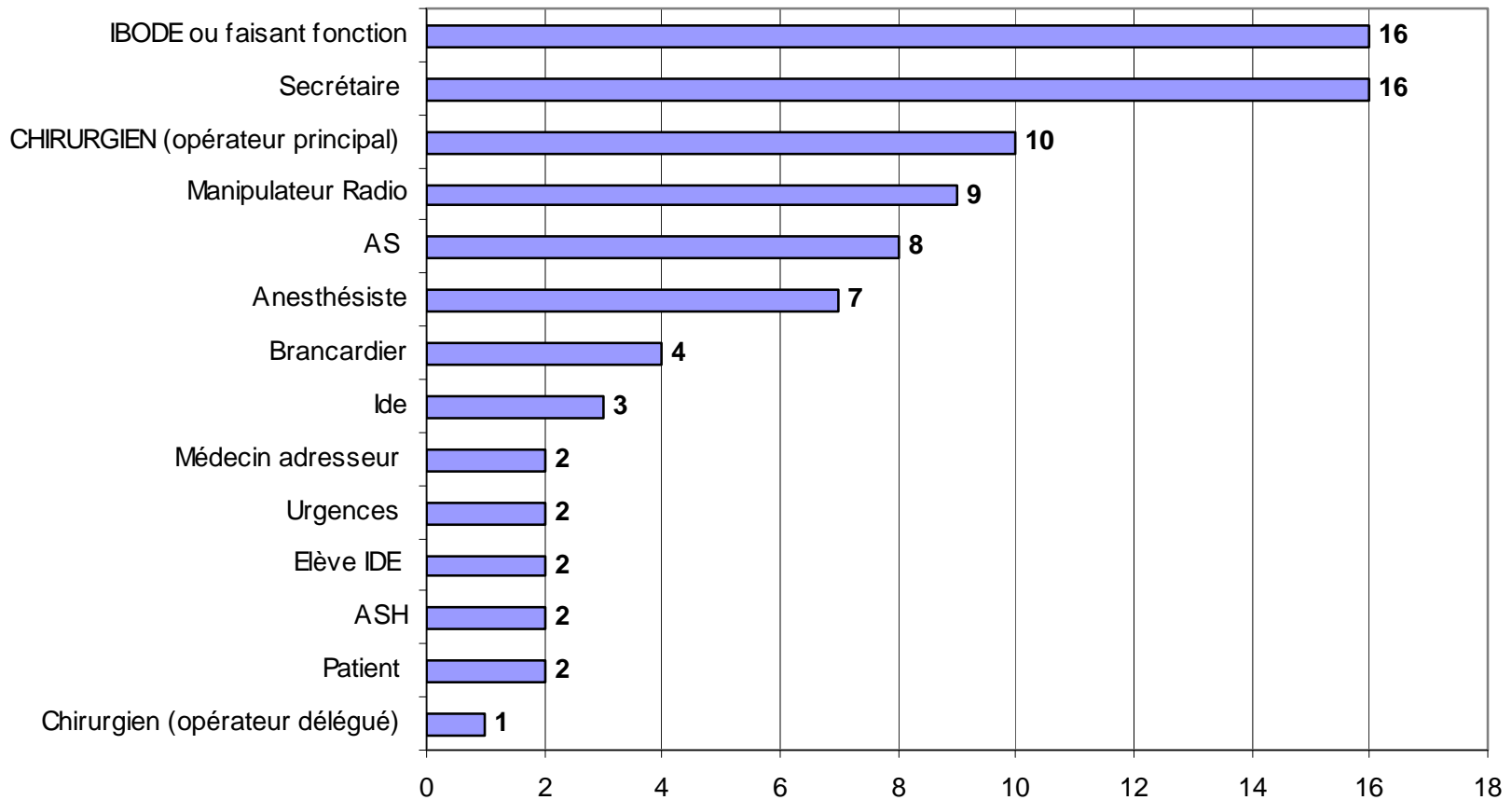


# Erreurs dans les Actes



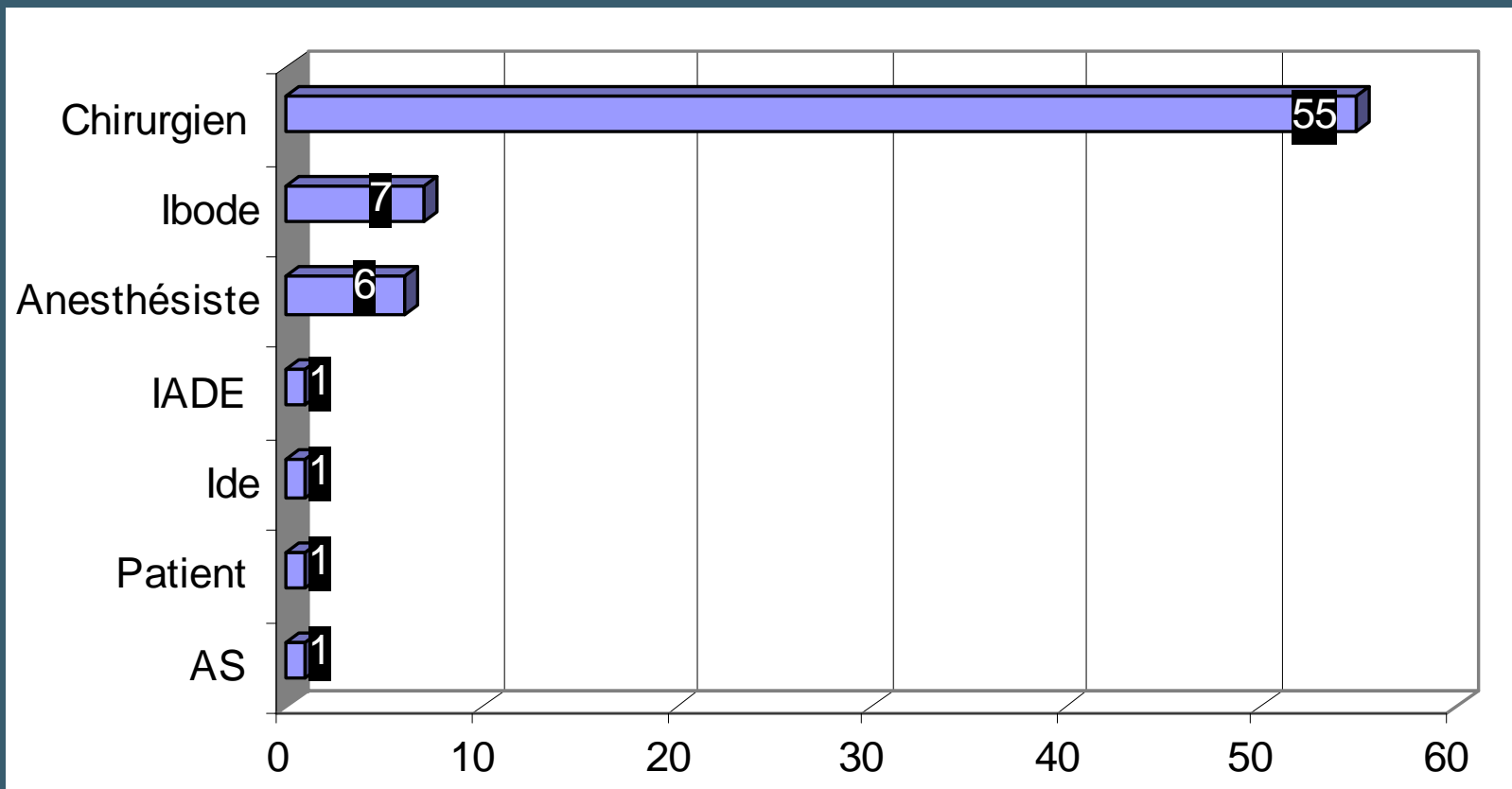


# Personne à l'origine de l'erreur



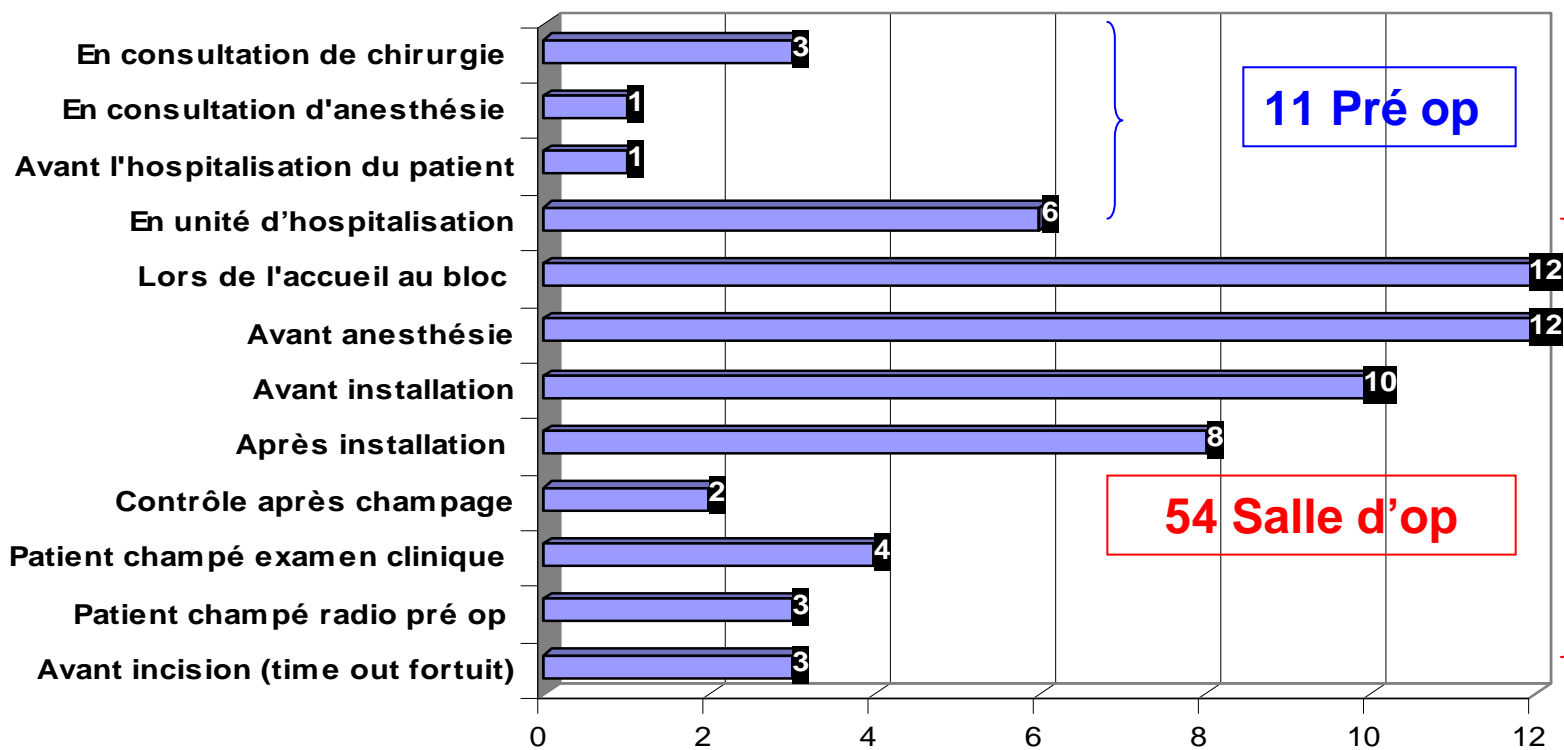


# Personne ayant identifié l'erreur





# Etapes de l'identification de l'EPR





# Etapes de l'identification de l'EPR

- Les erreurs de Programme opératoire ou d'imagerie sont rarement récupérées avant l'admission ou lors de l'admission dans l'unité – contrôle soignants ou visite du chirurgien
  - Biais de déclaration ? Ou reflet du manque d'efficacité ou de réalisation des contrôles avant passage au bloc
- La plupart des erreurs de PO ou d'identité sont repérées lors des contrôles systématiques effectués essentiellement par le chirurgien ou dans une moindre mesure les anesthésistes et ibodes lors de l'accueil au bloc
- Les erreurs de côté en anesthésie sont occasionnées par les erreurs sur le PO non vérifiées ou des erreurs d'inattention de l'anesthésiste



# Etapes de l'identification de l'EPR

- Les erreurs d'installation dues essentiellement au personnel ibode (chir non présent, non vérification du PO, erreur d'inattention) sont repérées par le chirurgien :
  - Soit lors de ses vérifications systématiques avant ou après installation (clichés, dossier ou fiche personnelle)
  - Soit de façon fortuite (échanges avec l'anesthésiste ou examen du site opératoire)
  
- Pas de déclaration de vrai « time out » ayant identifié l'erreur



# Mécanismes de défaillance et facteurs de risque

- Limites :
  - Déclaratif
  - Professionnels non formés à la logique et à l'identification des causes latentes
    - Défaut de formalisation ou de suivi de l'application des mesures de vérification
    - Gestion des ressources humaines (formation, prise de poste, remplacements etc.)
    - Culture de l'identitovigilance et de la gestion des risques en général
    - Conditions de travail
  - Utilité du remplissage avec le responsable gestion des risques ou qualité de l'établissement (meilleure identification des causes latentes et mise en place des mesures correctives)



# Mécanismes de l'erreur

- Défaillance dans le traitement de l'information
  - Inattention : erreurs d'omission (**actes multiples**) ou erreur d'écriture (**côté, libellé, acte**), erreur d'installation (**pose garrot ou installation mauvais côté**)+++
  - Défaut de mémoire (**observation médicale**)
  - Défaut de correction d'erreurs (**courrier correspondant**)
  - Défaut de connaissances (**ex tendon rotulien/achilléen**) (**kyste/CC**)
  - Défaut de recherche d'information sur le patient ou les actes (**interprétation clichés radiologiques, transport, préparation unité, installation au bloc,**)
  - Défaut dans la transmission d'information (**patient identifié par l'intervention et non par le nom**)
- Défaillance des procédures de vérification ++++ (**non ou mal faites**)



# Mécanismes de l'erreur

## Outil informatique facilitateur d'erreurs

- Logiciel ne comportant pas l'exhaustivité des actes
- Encodage du PO (*hallux valgus en place griffe orteil*)
- Libellés très proches dans le menu déroulant
- Sigle D proche du G dans le logiciel radio
- Logiciel en panne
- Absence de production de topogramme
- Listing des patients / actes dans l'unité difficilement consultable



# Facteurs de risque identifiés

- **Liés au patient :**
  - non interrogeable (dément, prémédiqué, PC, défaut de français) **pas de vérification patient possible**
  - atteintes bilatérales ou déjà opéré (**confusion de côté, cicatrices induisant le comportement des professionnels**)
  - homonymie (**confusion si pas le réflexe de demander l'intervention**)
  - patient admis par les urgences (**découplage diagnostic/traitement**)



# Facteurs de risque identifiés

- **Liés à l'acte :**
  - En décubitus ventral (**erreur de latéralisation**)
  - Utilisation du bracelet d'identification pour identifier le côté (**1 erreur / mois**)
  - Procédures de marquage hétérogènes dans l'établissement



# Facteurs de risque identifiés

- **Liés aux informations disponibles**
  - abréviations mal comprises et retranscrites
  - Informations incomplètes (côté non mentionné dans le dossier d'anesthésie, etc.) ou erronées
  - Informations non disponibles (panne informatique)
  - Position du patient non spécifiée



# Facteurs de risque identifiés

- **Liés à l'environnement de travail**
  - changement dans l'ordre de passage des patients (**défaut de transmission de l'information**)
  - Intervention répétitive dans la journée (**baisse de la vigilance**)
  - changement d'équipe (**rupture dans la continuité de l'information**)
  - chirurgien opérant sur deux salles, anesthésie avant prise en charge chirurgicale
  - mauvaises conditions de travail (**continuité activité après nuit de garde**)



# Facteurs de risque identifiés

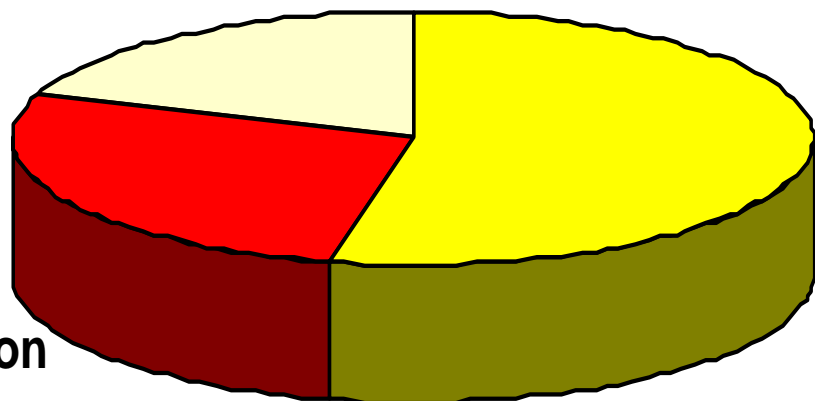
- **Liés à l'organisation**
  - Manque de personnel au bloc
  - Actes délégués aux ASH, élèves IDE (préparation cutanée, installation table op, pose bracelet)
  - Intérimaires ne connaissant pas les procédures dans l'établissement (pose bracelet, contrôles préopératoires)
  - Non application des procédures de l'établissement
  - Défaut de procédure de prise en charge des patients hébergés
- **Liés à l'institution**
  - Absence de procédures de vérifications

## Découverte d'un EPR dans le cadre d'une démarche protocolisée

**Non précisé**

**19%**

**Non**  
**27%**



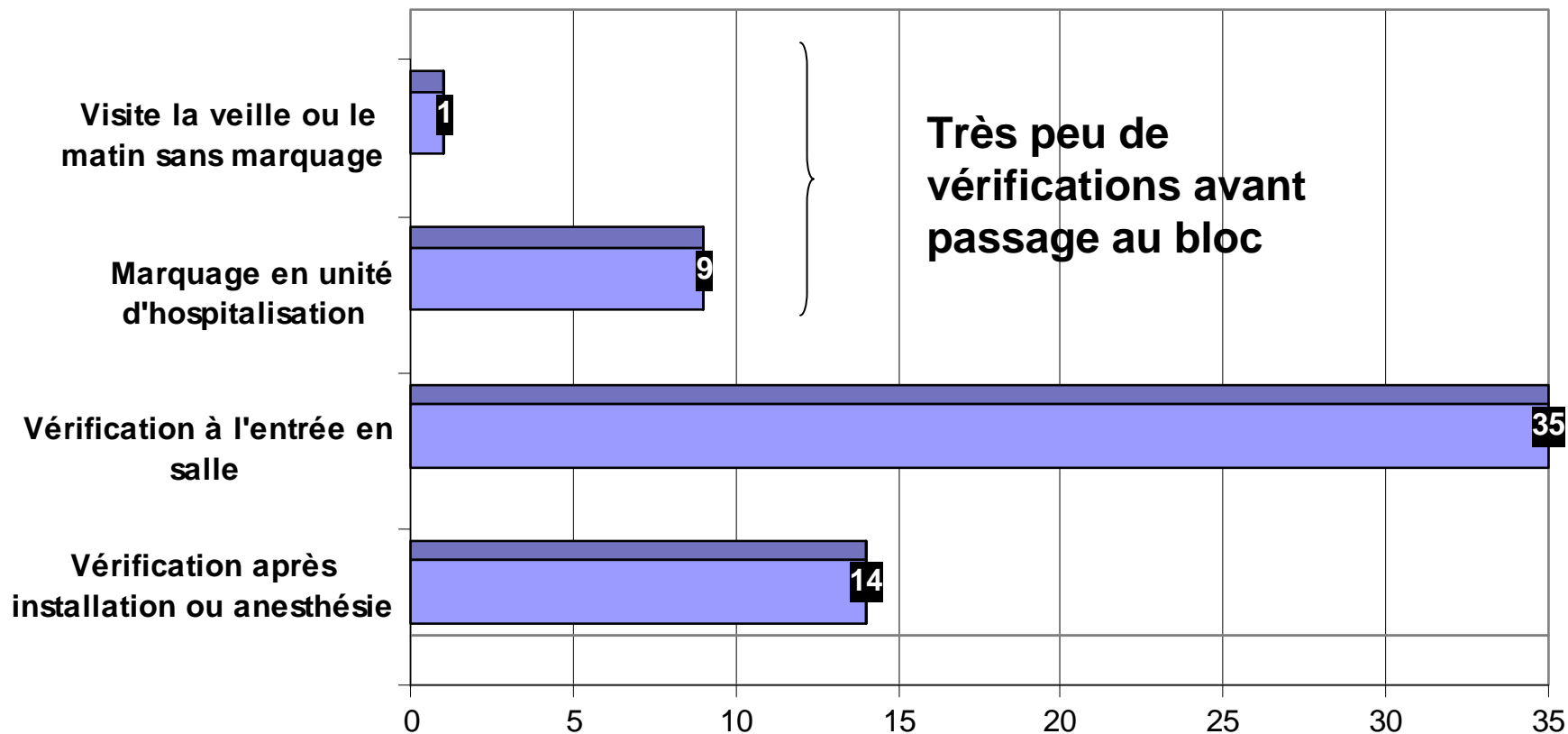
**Oui**  
**54%**

**49% des établissements ont des mesures de prévention**

**66% chirurgiens font des vérifications systématiques**



# 66% des chirurgiens déclarent appliquer des contrôles systématiques





# Erreurs de site opératoire

- Prise en charge PTH sur fracture patient dément : *erreur sur l'observation clinique et radios SAU*, prise en charge par chirurgien : pas d'examen clinique, se fie aux données des urgences : incision mauvais côté
- Intervention programmée : substitution réalisation *C carpien en place de K carpien sur le PO* ; erreur d'intervention. Pas de vérifications effectuées, série de C. carpien dans la journée en ambulatoire.
- Intervention programmée, c. carpien en place de cataracte : erreur de patient du brancardier par assentiment du patient , erreur de confirmation du patient lors de l'accueil au bloc, pas de vérification d'identité autre, pas de bracelet d'identité. *Mauvaise façon de poser la question sur l'identité*

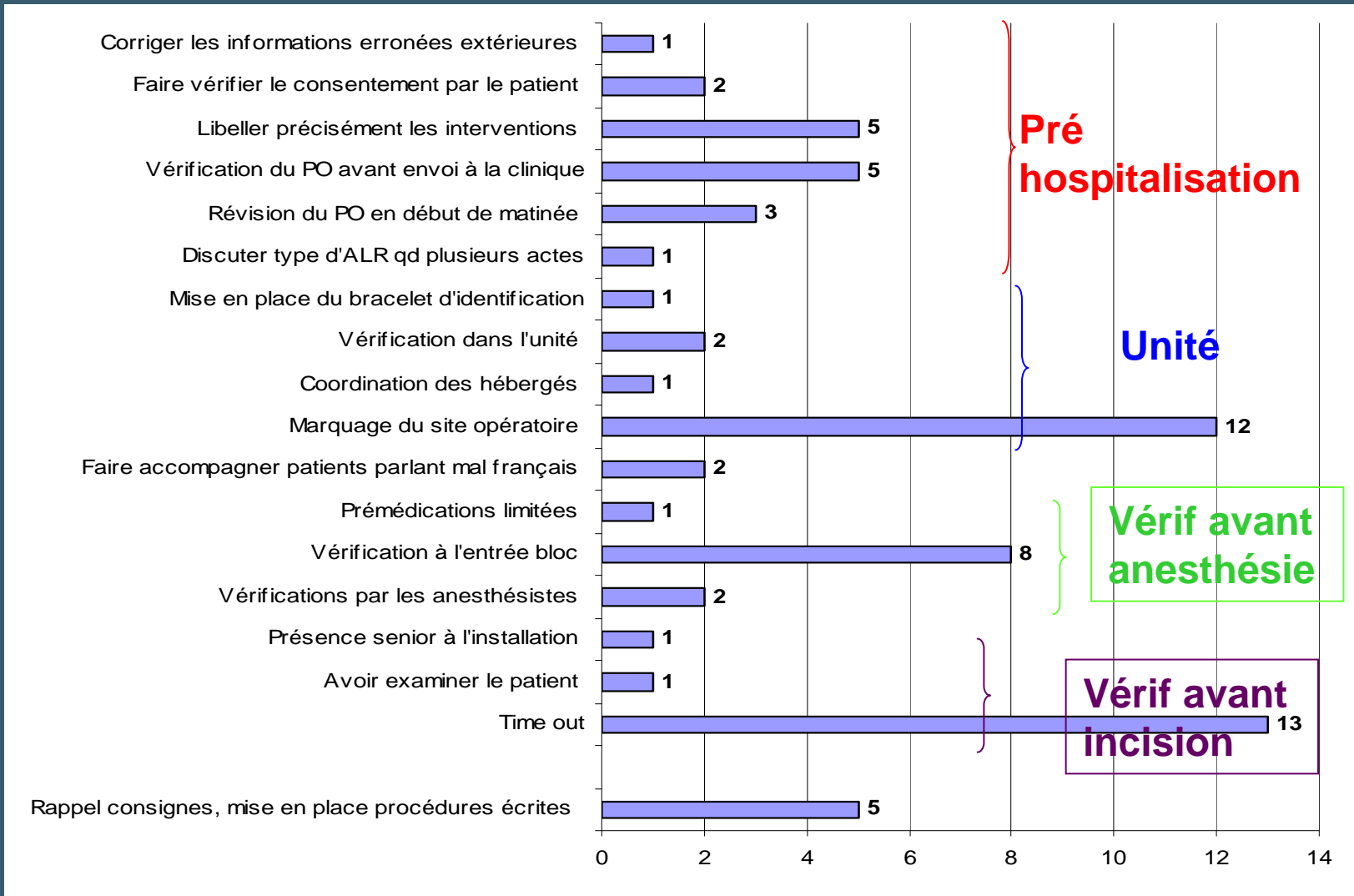


# Erreurs d'anesthésie

- Canal carpien en ambulatoire : patient ne parlant pas français et prémédiqué, *absence de vérification* de la part de l'anesthésiste, *utilisation du bracelet pour signaler le côté à ne pas opérer*
- Canal carpien : erreur de PO, prémédication importante patient assoupi : *pas de vérification possible auprès du patient*, anesthésiste s'est fié au programme erroné.
- Canal carpien : patient parlant mal français, anesthésiste sorti de nuit de garde, erreur de pose du bracelet d'identification sur côté à opérer, pose de garde veine mauvais côté, ALR mauvais côté.



# Actions correctives 74% chirurgiens





# Remarques

- Culture de la vérification se développe dans les structures avec la participation de la direction de la qualité et gestion des risques
- La culture de la vérification à chaque étape du processus :  
poser la question : quel est votre nom, le type d'intervention et non pas demander de confirmer une donnée énoncée
  - contrôler les données (clichés, dossier médical, etc.)
- Consentements écrits/ absence de garantie absolue :  
compréhension du patient
- Notion de time out mal comprise car rarement avant incision, plutôt entre l'accueil, les vérifications et le lavage des mains : hors entre temps l'ibode a pu se tromper d'installation et le chirurgien peut lui aussi avoir mal installé son patient