



Oubli de compresses, pour une culture positive de l'erreur

Marion Elbel, Anne Dard-Levieux

► To cite this version:

Marion Elbel, Anne Dard-Levieux. Oubli de compresses, pour une culture positive de l'erreur. Inter bloc, 2017, 36, pp.167 - 168. <10.1016/j.bloc.2017.07.008>. <hal-03487554>

HAL Id: hal-03487554

<https://hal.science/hal-03487554v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead dossier

Sous-dochead La traçabilité des blocs opératoires

Surtitre cas clinique

Oubli de compresses : vers une culture positive de l'erreur

Marmelade Ebel

Ingénieur qualité-risques DQSSP

Anne Dard-Levieux*

Cadre supérieur de santé des blocs opératoires

Pôle gestion des blocs opératoires, Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes, CS 10217,
38043 Grenoble cedex 9, France

Adresse e-mail : ABDard@chu-grenoble.fr (A. Dard-Levieux).

Résumé

Le cas d'un oubli de compresses lors d'une intervention sur un enfant âgé de 15 mois constitue un événement douloureux, chargé de culpabilité, pour l'équipe de chirurgie pédiatrique du Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes (38). Une analyse approfondie, basée sur la méthode Alarm a mis en avant une succession de circonstances et de décisions ayant favorisé la survenue de cet événement indésirable. Bilan de ce retour d'expérience.

© 2017

Mots clés – analyse ; barrière de sécurité ; comité de retour d'expérience ; comptage des textiles ; événement indésirable ; méthode Alarm

Summary à venir

© 2017

Keywords à venir

Dans les années 1990, James Reason développe une nouvelle approche du risque en considérant que l'erreur humaine est inévitable. « *Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent...* » [1]. Il propose une nouvelle vision des événements indésirables (EI) : ne plus rechercher la responsabilité, ne plus parler de faute, mais percevoir les erreurs humaines comme des conséquences d'un système défaillant.

À nous, hospitaliers, de repérer et d'éliminer ces failles, dites "causes profondes", pour un système progressivement plus sûr.

Voir une erreur comme une opportunité de progrès individuel et collectif est un véritable changement culturel, nécessitant du temps et impliquant des résistances. Le bloc opératoire du Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA) y travaille *via* la mise en place d'un comité de retour d'expérience (Crex) au cours duquel des EI sont analysés selon cette approche.

T1. Le cas clinique

TEG1 Une intervention sur un enfant âgé de 15 mois est programmée. Le matériel est préparé et vérifié en amont. Les équipes paramédicales et l'anesthésiste sont présents. Tout est prêt pour l'accueil du patient et l'intervention le jour J à l'heure dite.

À 8h30, l'enfant arrive au bloc avec ses parents, il est pris en charge par l'équipe d'anesthésie et les deux Ibode, circulante et instrumentiste.

À 10 h, l'installation et l'induction prennent fin sans difficulté particulière. L'équipe chirurgicale arrive et, avec elle, un changement de technique opératoire de dernière minute. Finalement, l'intervention ne se fera pas selon la technique de Peña mais par une autre procédure, sur deux sites opératoires et par deux équipes chirurgicales.

TEG1 Cette décision déstabilise toute l'équipe. Dans la précipitation, il faut revoir l'installation du patient, changer le matériel, prévoir des déplacements hors de la salle de bloc pendant l'intervention.

L'Ibode circulante est ainsi soumise à de multiples interruptions de tâches, liées au changement de technique opératoire mais aussi aux sorties imprévues et nombreuses des étudiants chirurgiens. Ces interruptions déconcentrent l'équipe et empêchent les deux Ibode de suivre correctement le déroulement de l'intervention.

La communication entre l'équipe chirurgicale et paramédicale n'est pas parfaite, la cohésion du staff est mise à mal.

TEG1 Les compresses utilisées ne sont pas toutes marquées et, pour certaines, sont identiques à celles utilisées par les anesthésistes. Un risque de confusion devient possible lors du comptage. L'intervention se déroule sous tension, elle est longue et difficile. L'équipe réalise que le comptage initial n'est pas fiable. Une décision collégiale est prise : faire sauter les barrières de sécurité de fin d'intervention, c'est-à-dire renoncer à réaliser la check-list préconisée par la Haute Autorité de santé (HAS) et le comptage des compresses...

TEG1 Quelques semaines plus tard, le diagnostic de textilome est posé et la reprise opératoire s'impose. Les parents sont informés de l'évènement. Cette erreur ne laissera heureusement aucune séquelle à l'enfant.

T1. La préparation et le déroulement du Crex

Le groupe chargé d'analyser cet évènement indésirable se compose d'un noyau dur, présent à chaque réunion du Crex, bien au fait de la méthodologie et de l'importance de ne pas se focaliser sur

les erreurs humaines immédiates. L'équipe en place au moment des faits est invitée au comité. Sa présence n'est pas obligatoire, elle doit répondre à un souhait.

T2. Analyse des causes

En amont de la réunion, une équipe d'enquêteurs prépare l'étude du cas avec les équipes du bloc concernées. Cette équipe est chargée de présenter, pendant le Crex, la chronologie précise des faits et une première analyse des causes profondes. Elle s'appuie sur le modèle de Reason [3] pour décomposer le cas selon les sept niveaux de défaillance et repérer les facteurs ayant contribué à la survenue de l'évènement ([tableau 1](#)).

Tableau 1. Les causes profondes de l'oubli de compresse identifiées selon le modèle de James Reason [3]

Facteurs liés	Facteurs favorisant
Au patient	- Bébé = petit site opératoire = manque de visibilité sur le geste opératoire par l'équipe Ibode
Aux acteurs	- Fatigue et stress majorés par une intervention mal cadrée
À l'équipe	- Manque de communication entre l'équipe chirurgicale et paramédicale pendant l'intervention sur les ajouts de compresses
Aux tâches réalisées	- Deux sites opératoires en simultané - Interruptions de tâche +++ / absences de la circulante - Certaines barrières de sécurité ont sauté
Aux conditions et environnement de travail	- Réorganisation de l'intervention dans la précipitation = stress - Utilisation de compresses identiques non marquées par les chirurgiens et les anesthésistes - Salle d'intervention la plus éloignée de l'arsenal = absences prolongées
À l'organisation	- Organisation du changement de technique opératoire en dernière minute
Au contexte institutionnel	Néant

La réunion du Crex est dédiée à l'analyse des causes et à la définition des actions de prévention. Le choix et la priorisation de ces actions s'effectue selon plusieurs critères. Elles doivent être pragmatiques et concrètes, faciliter le travail, être durables dans le temps et, dans la mesure du possible, pouvoir être mises en œuvre rapidement. Une vigilance particulière doit être apportée au fait qu'elles ne créent pas d'autres risques.

Le suivi de la mise en œuvre actions est réalisé lors du Crex suivant.

T2. Actions de prévention du risque

Le groupe d'analyse a défini trois grandes orientations en termes d'actions de prévention à la suite de cet EI.

D'abord, communiquer largement et de manière dépersonnalisée autour de ce cas pour marquer les consciences. Ensuite, travailler sur le changement de technique opératoire de dernière minute. Même s'il est parfois inévitable, ces décisions précipitées doivent être cadrées et organisées. Une discipline doit s'instaurer pour alerter au plus vite les équipes anesthésiques et paramédicales, avant l'endormissement du patient. C'est un point qui doit être abordé au plus haut niveau, au conseil de bloc, avec les coordinateurs médicaux des blocs opératoires pour initier un changement culturel profond. La tâche sera longue mais le bloc en fait son cheval de bataille.

Enfin, il a été décidé d'approvisionner le bloc en compresses marquées de toutes les tailles nécessaires pour éviter que l'équipe d'anesthésie utilise des compresses similaires et assurer ainsi une meilleure sécurité en cas de comptage litigieux.

T1. Conclusion

La volonté de ce Crex est non seulement d'instaurer un dialogue collectif et positif autour des EI, mais aussi de rester pragmatique et proche du terrain. Percevoir une valeur ajoutée dans son quotidien, être satisfait par un travail bien fait, être soutenu et écouté dans les situations difficiles contribue en effet au développement de la culture de sécurité. N'oublions pas que « *La culture de sécurité, c'est ce que vous faites quand personne ne vous regarde* »¹.

Références

[1] Reason J. L'erreur humaine. Paris: Presses des Mines; 2013.

[2] Haute Autorité de santé. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire". 2016. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-v2016

[3] Haute Autorité de santé. Causes systémiques ou latentes des événements indésirables associés aux soins. 2013. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661498/fr/causes-systemiques-ou-latentes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins

Note

¹'*It's what you do when nobody's looking*' : définition imagée donnée en 2013 par la Health Foundation, organisme anglais à but non lucratif, et reprise par la Haute Autorité de santé.