

Sensibilisation des cadres à une réponse non punitive à l'erreur et fiabilisation des ordres oraux

Enseignements tirés de deux expériences de formation.

Anthony Staines, PhD

Chargé du programme « Sécurité des patients » de la Fédération des hôpitaux vaudois, Suisse
Membre du Bureau «Qualité clinique et sécurité des patients», Hôpital neuchâtelois, Suisse
Professeur associé, IFROSS, Université Lyon 3, France

Congrès 2013 de la CIPIQ-S

Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité - Santé

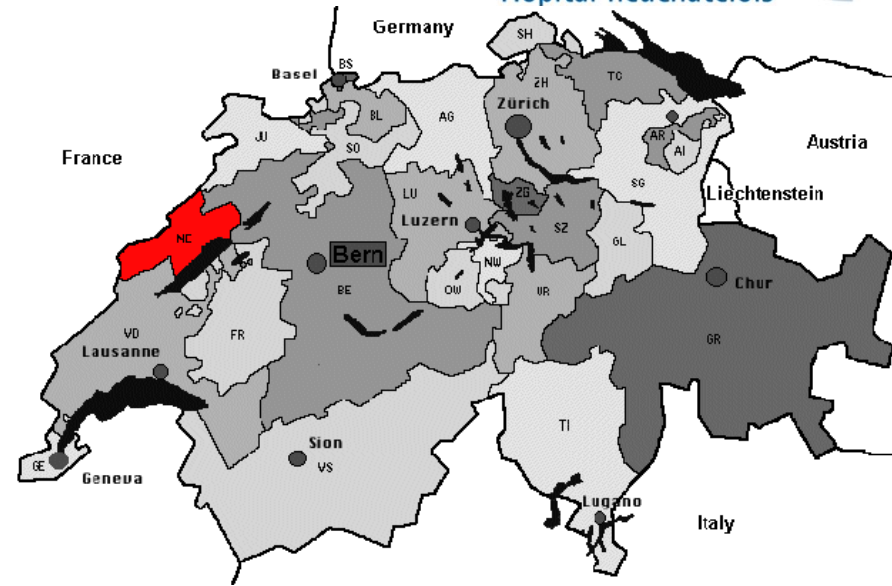
Professionnels et patients : comment développer leurs compétences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?

19 septembre 2013 - Genève



***ARBRE DE DÉCISION POUR
L'ANALYSE DES RESPONSABILITÉS
EN CAS D'INCIDENT
Promotion d'une réaction non-punitive
à l'erreur à l'Hôpital neuchâtois***

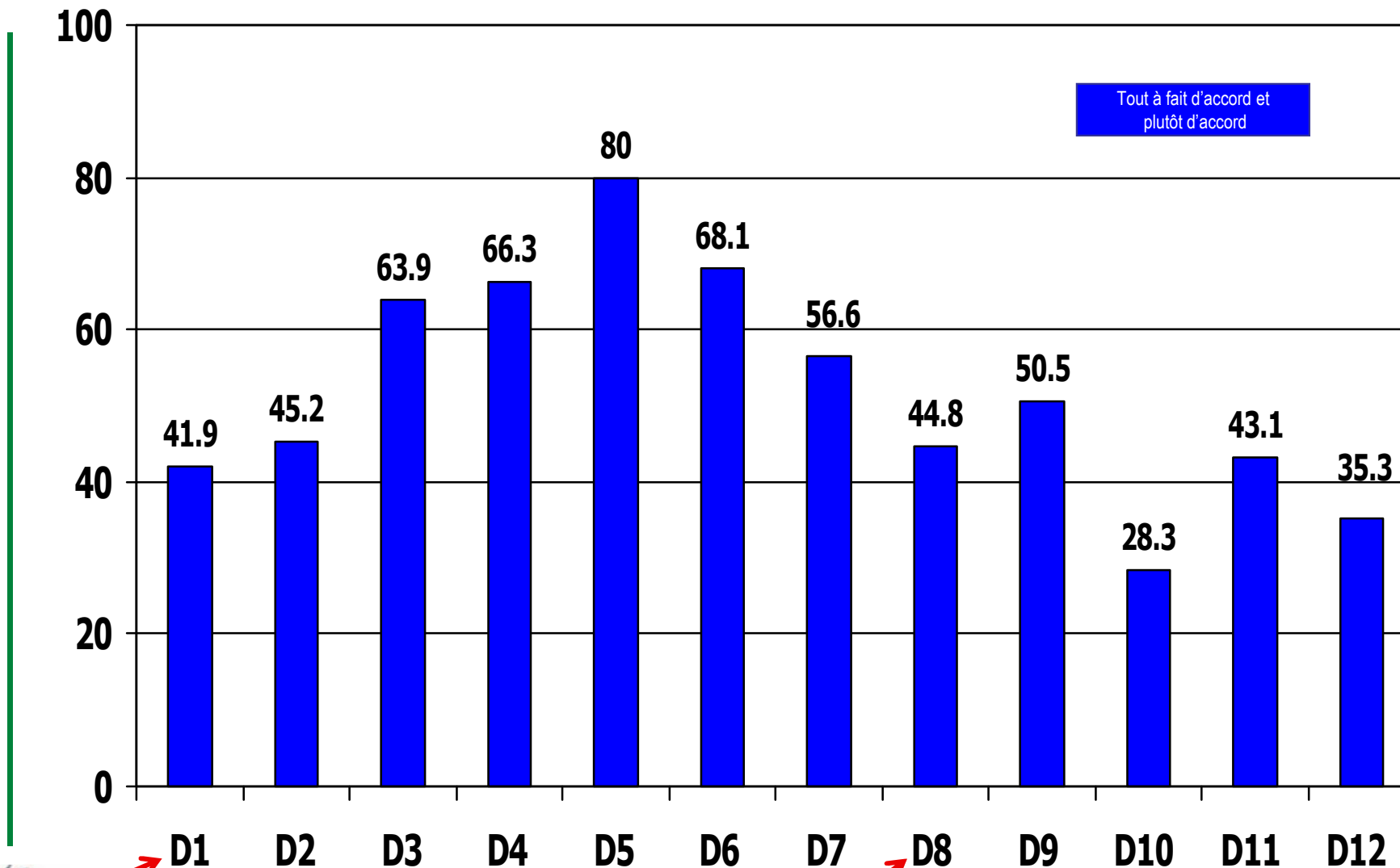
- Fondé en 2006 par la fusion de 7 hôpitaux
- 7 sites
- 2500 collaborateurs
- 300 lits aigus
- 140 lits de réhabilitation
- 17 000 admissions p/an
- 1 700 accouchements p/an



Enquête « culture de la sécurité des patients »

- 2009 : Questionnaire « Hospital Survey on Patient Safety Culture » de l'AHRQ (USA), traduit et utilisé en Belgique par le Service Public Fédéral « Santé publique et sécurité de la chaîne alimentaire ».
- Pour les quatre questions traitant de la dimension « réaction non punitive à l'erreur », en moyenne 44.8% de réponses positives. Forte marge de progression.
- Pour la dimension « notification des incidents », en moyenne 42% de réponses positives.

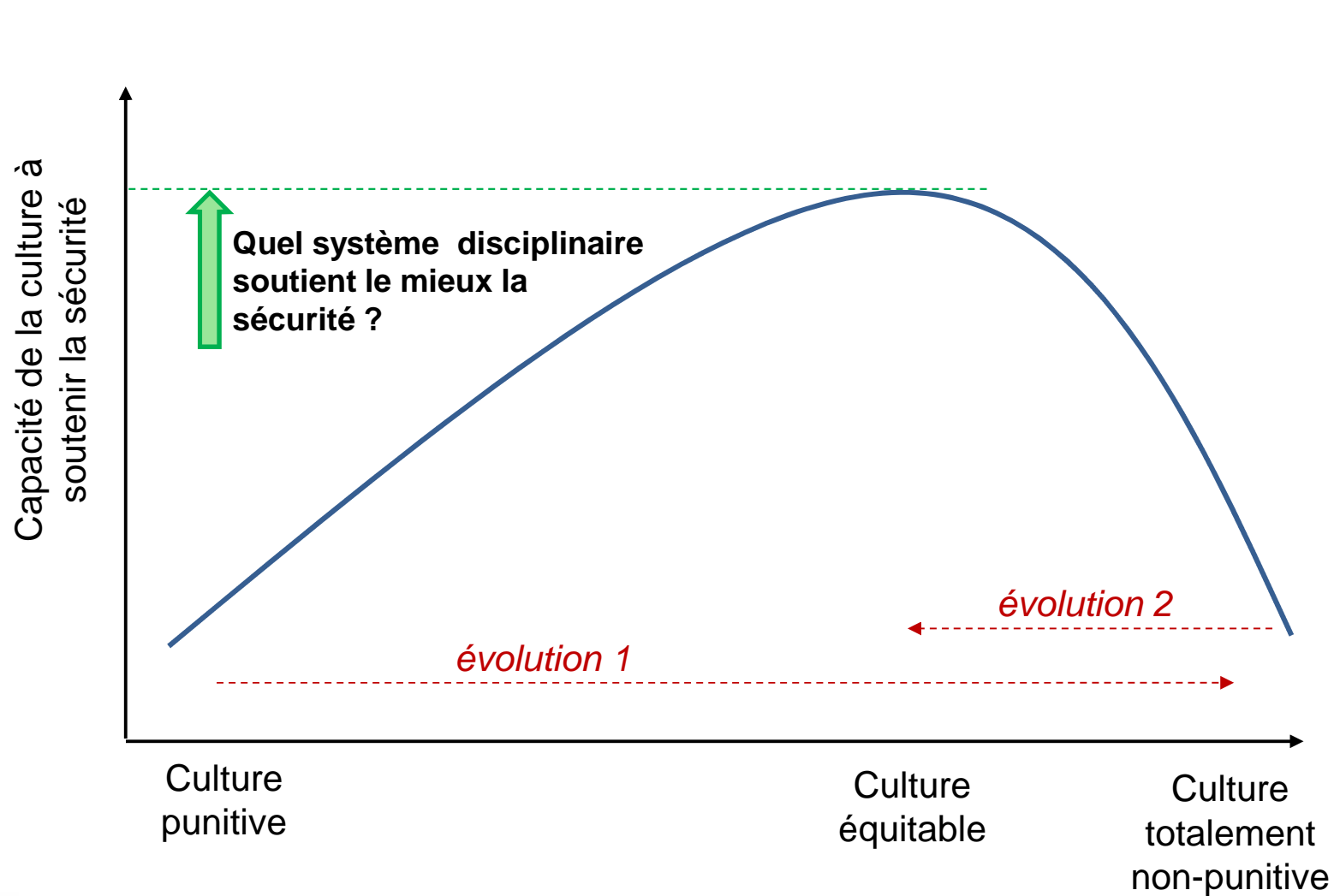
Regroupement par dimension



D1 : fréquence des déclarations d'incidents

D8 : réaction non-punitif à l'erreur

L'optimisation recherchée



Stratégies de décisions disciplinaires

Arbre de décision de J. Reason

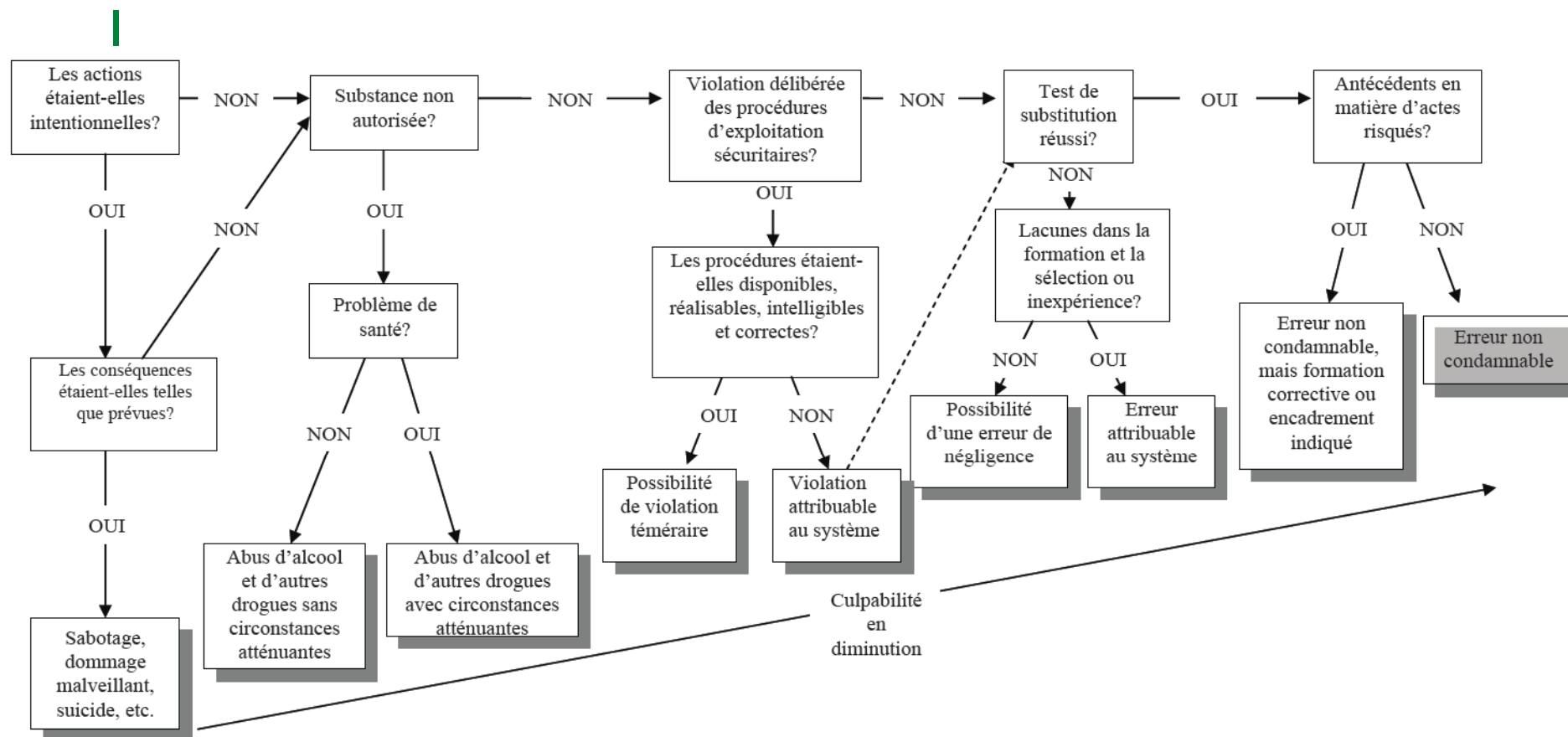
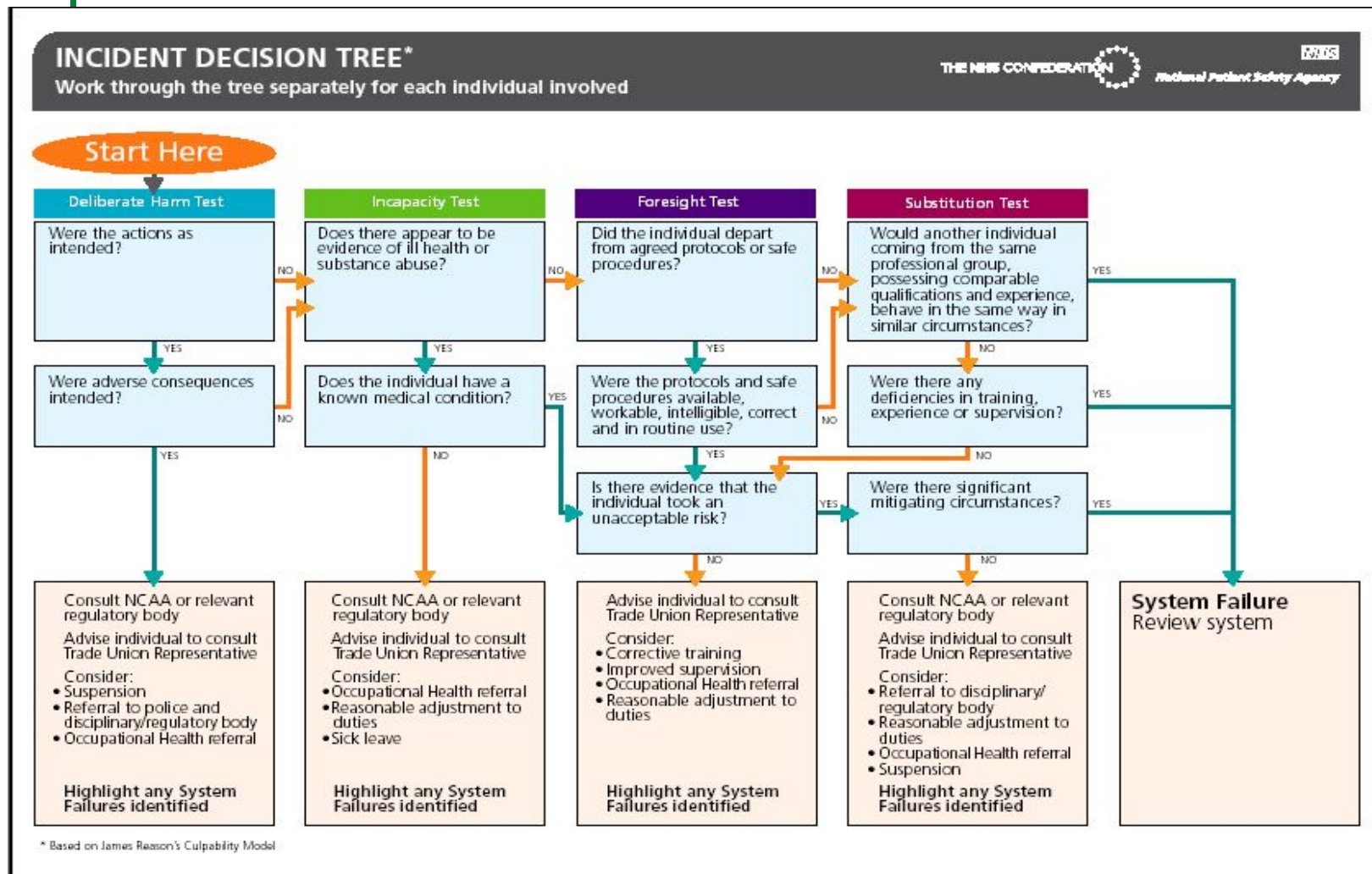


Figure 3. Tirée de Reason (1997) *A decision tree for determining the culpability of unsafe acts*. p. 209



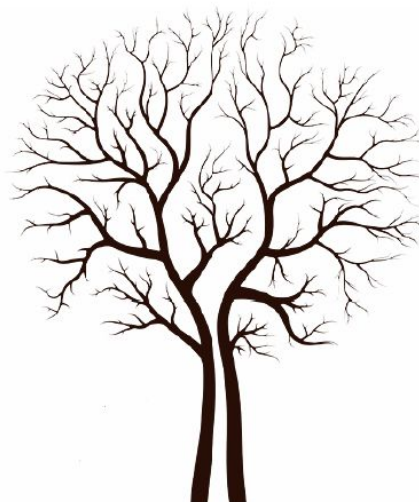
GAIN, Global Aviation Information Network. *Plan d'action en vue d'une culture équitable : Améliorer l'environnement de sécurité 2004.*

L'arbre de décision des incidents



Arbre de décision pour l'analyse systémique des responsabilités en cas d'incident

Guide à l'usage des directions générales



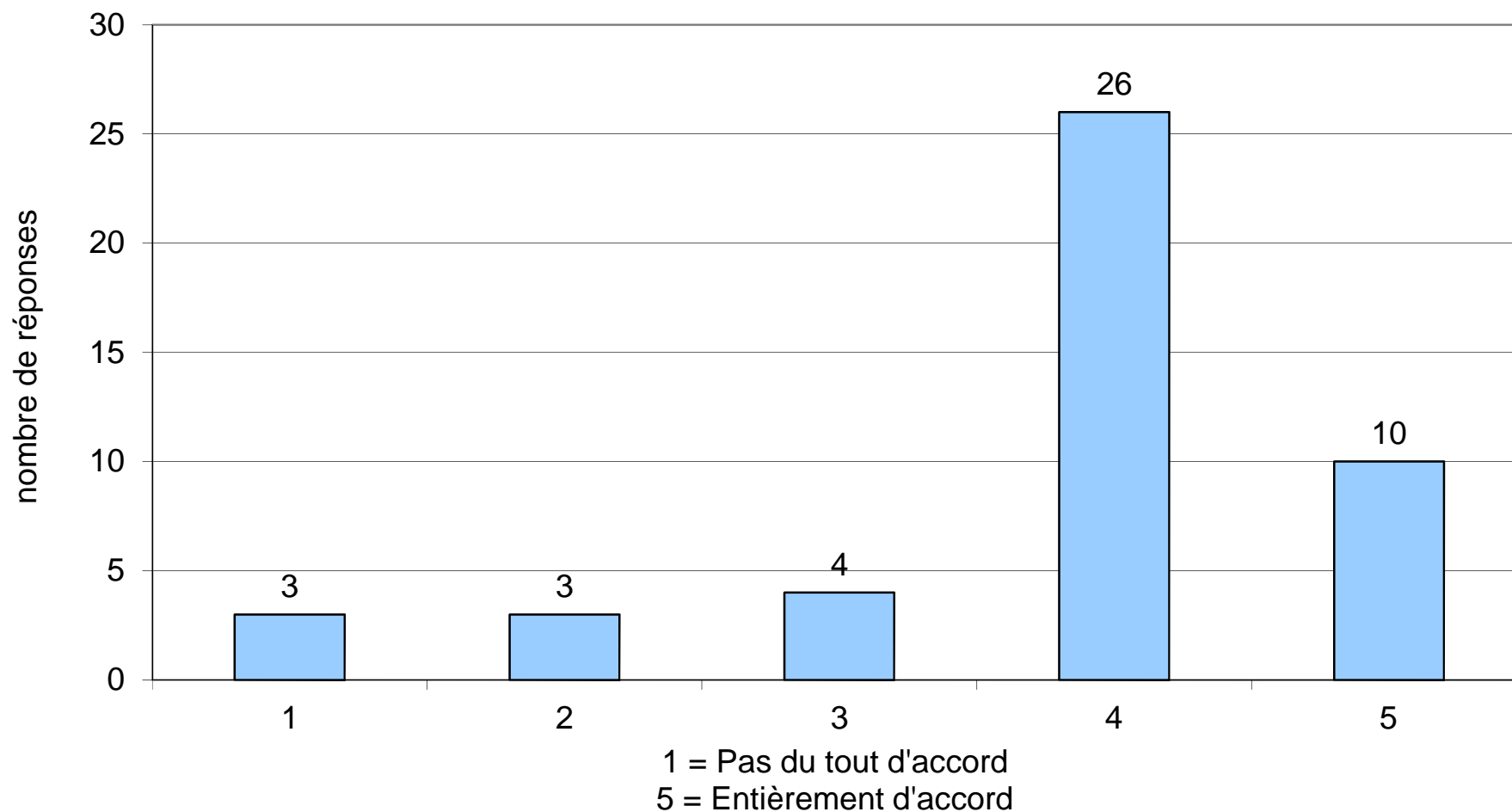
Programme institutionnel de formation

- Destiné à tous les cadres médicaux et soignants (env 50 personnes).
- Présence requise et liste de présence.
- Participation des membres de la DG.
- 3 rencontres à choix.
- Interdisciplinaire.
- 2 heures.

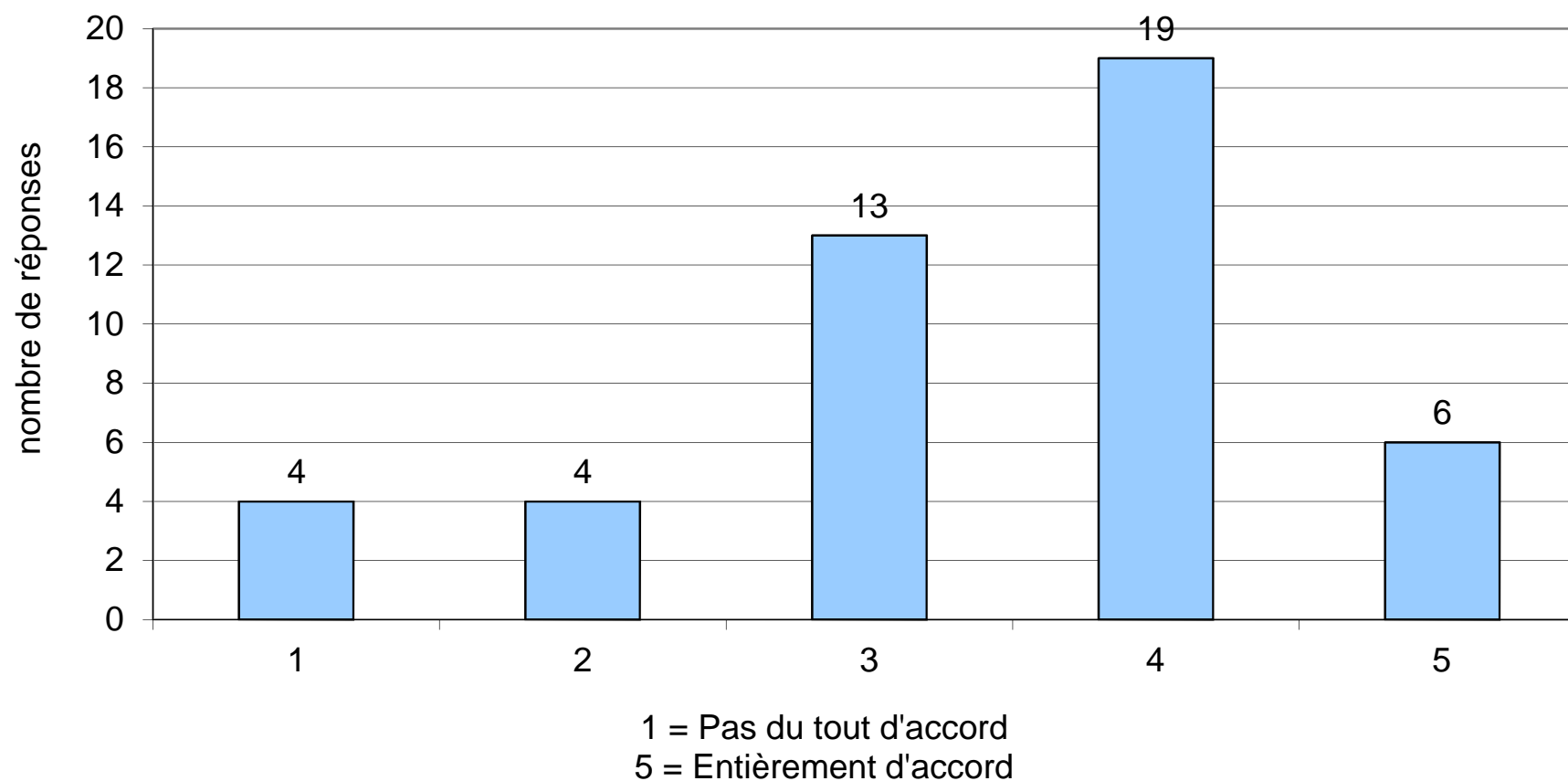
Contenu de la formation

	Temps	Objet
1.	10'	Accueil et ouverture. Questionnaire – culture non-punitive.
2.	15'	Enquête climat sécurité patients .Culture punitive, culture non-punitive et culture juste – présentation des concepts.
3.	20'	Notre responsabilité à l'égard de nos comportements.
4.	5'	Elaboration d'un arbre de décision.
5.	25'	Etudes de cas : utilisation de l'arbre de décision. Travail par groupes de 5 – 7 personnes.
6.	35'	Discussion des cas et synthèse.
7.	10'	Mise en œuvre.

5 Une performance parfaite est atteignable en conjuguant la formation, le professionnalisme et l'attention permanente.



16 Les collaborateurs qui commettent des erreurs répétées ou fatales doivent recevoir une sanction disciplinaire et/ou une rupture de contrat, afin de protéger la sécurité des patients.



Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

Erreur humaine

Inadvertance
Raté, lapsus,
étourderie

Gestion

- Processus
- Procédure
- Formation
- Conception du système



Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

Comportement à risque

Choix : risque non perçu ou estimé justifié

Gestion

- Enlever les incitations aux comportements à risque
- Créer des incitations pour comportements sains
- Améliorer la prise de conscience



Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

Conduite téméraire

Choix conscient et injustifié d'ignorer un risque évident

Gestion

- Action corrective
- Dissuasion
- Action disciplinaire



Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

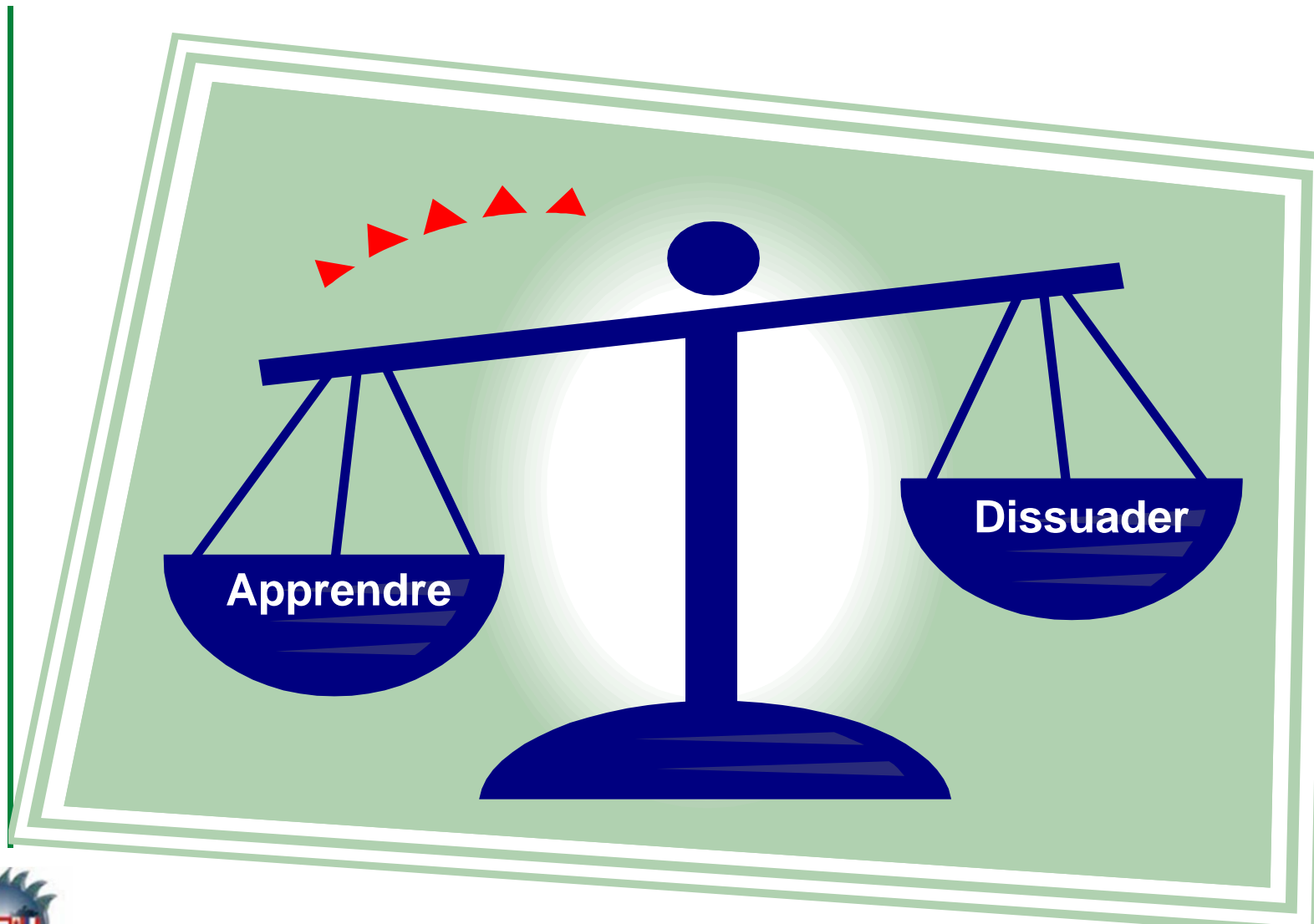


Pour éviter les événements indésirables

- Sous notre maîtrise ou notre influence (partielle ou entière) :
 - des systèmes
 - des choix de comportement
- Pas sous notre maîtrise :
 - nos erreurs
 - les conséquences de nos erreurs ou de nos choix de comportement



Peser les intérêts



Satisfaction à l'égard de la formation

Questions	Échelle de satisfaction			
	😊😊 ₁	😊 ₂	😞 ₃	😞😞 ₄
Le contenu de la formation était-il en adéquation avec les objectifs ?	29	7		
Le programme et les objectifs ont-ils été respectés ?	31	5		
Cette formation était-elle adaptée à votre situation professionnelle ?	15	16	4	
Estimez-vous avoir acquis de nouvelles connaissances ?	14	18	3	1
Êtes-vous satisfait de l'atelier pratique?	23	12		



GESTION DES ORDRES ORAUX

Ordres oraux - définition

- Les ordres oraux sont des prescriptions ou des ordres médicaux communiqués sous forme orale entre émetteurs et récepteurs, face à face, par téléphone ou par tout autre équipement de transmission audio.



Recommendations to Reduce Medication Errors Associated with Verbal Medication Orders and Prescriptions The United States Pharmacopeia, 2006. www.nccmerp.org/council/council2001-02-20.html

- Selon une étude réalisée par Kaplan et collègues au Cincinnati Children's Hospital, les ordres oraux représentent environ 20% des ordres hors dossier médical informatisé et environ 10% des ordres saisis dans un système d'information clinique.
- Chaque occasion de transmission d'ordres peut aboutir à plusieurs ordres communiqués. Une recherche conduite par Wakefield et collègues dans un hôpital général, aux Etats-Unis, a ainsi montré que chaque occasion de transmission orale d'ordres débouche sur une moyenne de 3,4 ordres uniques.

Variabilité de survenue selon les services cliniques.

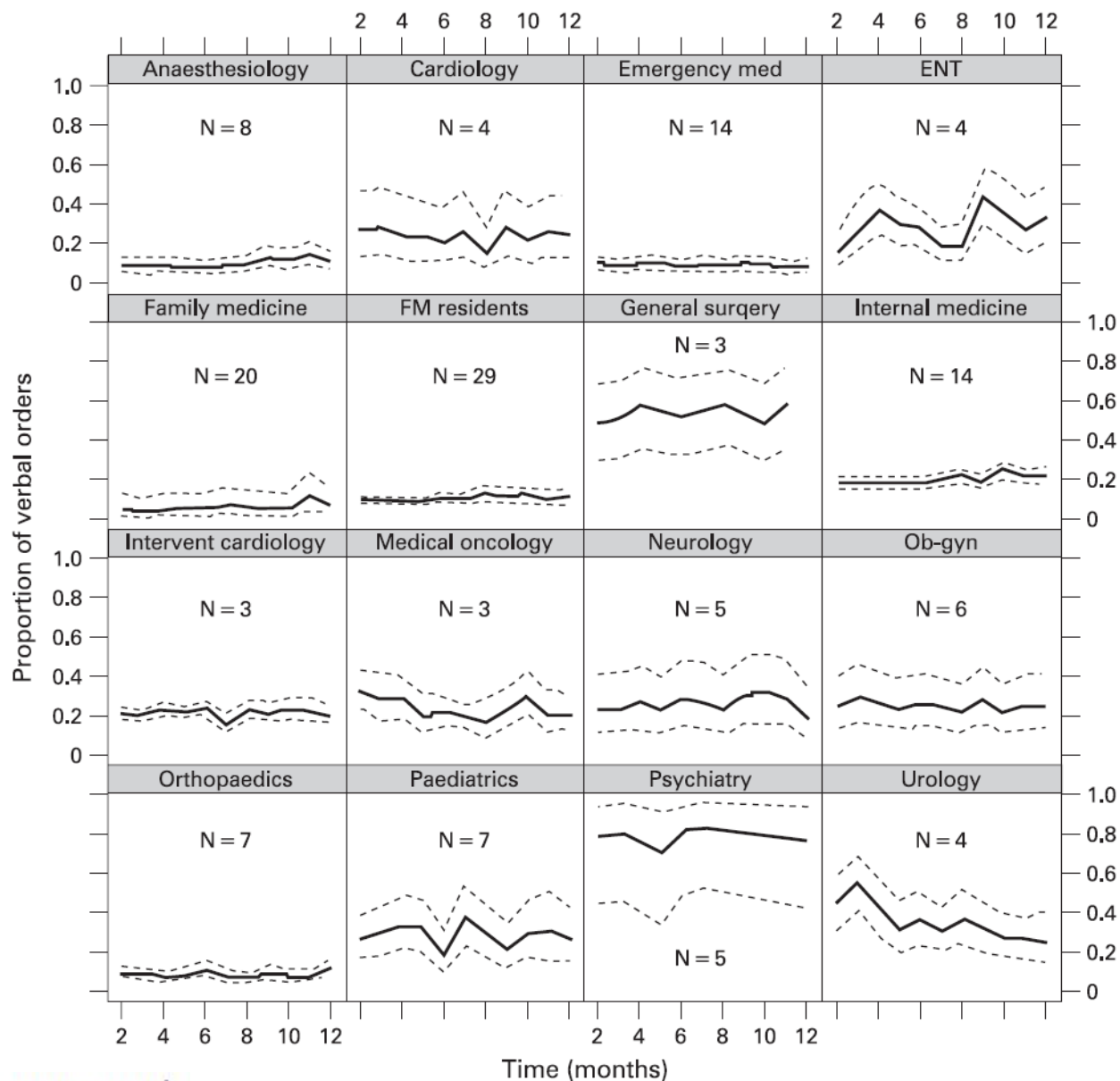


Figure 1 Summary of mean, upper and lower confidence limits of the probability of orders being entered using verbal orders by specialty.

- Wakefield et collègues montrent également que 80% des occasions de transmission d'ordres oraux contiennent la prescription d'un ou de plusieurs médicaments. Pour les prescriptions, 15% concernent des médicaments faisant déjà partie du traitement, 75% concernent des médicaments nouveaux et 10% incluent à la fois des médicaments déjà prescrits et des nouveaux.

Medication-Related Verbal-Order Events and Unique Verbal Orders by Type of Unit

Unit	Staffed Beds	Verbal Order Events With Medication-Related Verbal Orders		Unique Medication-Related Verbal Orders		Unique Medication Verbal Orders per Verbal-Order Event		Percentage Verbal-Order Events With Unique Verbal Orders ^a for		
		No.	%	No.	%	Mean	SD	Only Current Medicines %	Only New Medicines %	Both Current and New Medicines %
4E-Adult medicine Surgery/Oncology	24	116	78.4	318	46.9	2.7	3.2	12.1	76.7	11.2
5E-Mental health	42	196	86.0	606	52.9	3.1	3.3	8.2	78.1	13.8
5W-Orthopedics/Neurology	28	131	81.4	359	43.8	2.7	2.8	16.0	79.4	4.6
6W-Cardiac step down	30	239	81.0	1191	60.9	5.0	4.4	10.5	82.0	7.5
Acute rehab	37	268	77.9	972	48.6	3.6	3.9	18.3	70.9	10.8
Birth center	37	25	80.6	74	54.8	3.0	3.0	44.0	52.0	4.0
ICU/CCU	21	38	82.6	159	39.7	4.2	4.5	10.5	86.8	2.6
CVRU	12	83	80.6	181	43.6	2.2	2.2	16.9	69.9	13.3
Pediatrics	4	19	100	94	64.8	4.9	7.2	15.8	73.7	10.5
SNU	15	31	66	87	47.5	2.8	2.7	12.9	87.1	0.0
All units	22	76	78.4	156	55.1	1.2	2.4	35.5	50.0	14.5
All units	272	1222	80.4	4197	51.4	3.4	3.7	15.4	74.9	9.7

Abbreviations: ICU/CCU = intensive care unit/critical care unit; CVRU = cardiovascular recovery; SNU = skilled nursing.

^aExcludes percentage for missing data.

Wakefield S, Ward MM, Grooth D, et al. Complexity of medication-related verbal orders. Am J Med Qual 2008;23:7-17.

Les ordres oraux peuvent concerner plusieurs médicaments

- Parmi les ordres oraux ne concernant que les médicaments, 20% incluaient 6 médicaments distincts et plus.

Percentage Distribution of the Number of Unique Medication-Related Verbal Orders per Verbal-Order Event (N = 1224) by Unit

Unit	No. of Unique Medication Verbal Orders	Percentage of Unique Medication-Related Verbal Orders per Verbal-Order Event					
		1 Medicine	2 Medicines	3 Medicines	4 Medicines	5 Medicines	6+ Medicines
4E-Adult medicine	318	53.4%	20.7%	3.4%	2.6%	6.9%	12.9%
Surgery/Oncology	606	46.9%	19.9%	6.6%	3.6%	4.6%	18.4%
5E-Mental health	359	37.4%	26.7%	19.1%	3.8%	1.5%	11.5%
5W-Orthopedics/Neurology	1191	30.1%	13.4%	6.7%	8.8%	5.9%	35.1%
6W-Cardiac step down	972	45.1%	16.4%	10.4%	4.9%	2.2%	20.9%
Acute rehab	74	56.0%	8.0%	8.0%	0.0%	0.0%	28.0%
Birth center	159	44.7%	10.5%	7.9%	7.9%	2.6%	26.3%
ICU/CCU	181	57.8%	19.3%	10.8%	1.2%	2.4%	8.4%
CVRU	94	42.1%	36.8%	0.0%	0.0%	0.0%	21.1%
Pediatrics	87	48.4%	16.1%	3.2%	12.9%	6.5%	12.9%
SNU	156	64.5%	14.5%	11.8%	2.6%	0.0%	6.6%
All units	4197	43.8%	17.9%	9.2%	5.0%	3.7%	20.4%

Abbreviations: ICU/CCU = intensive care unit/critical care unit; CVRU = cardiovascular recovery; SNU = skilled nursing.

Variabilité de contenu

- Nombre d'ordres uniques donnés
- Type d'ordres
- Complexité des ordres
- Urgence des ordres
- Abréviations utilisées
- Sound-alike ou médicaments à haut risque



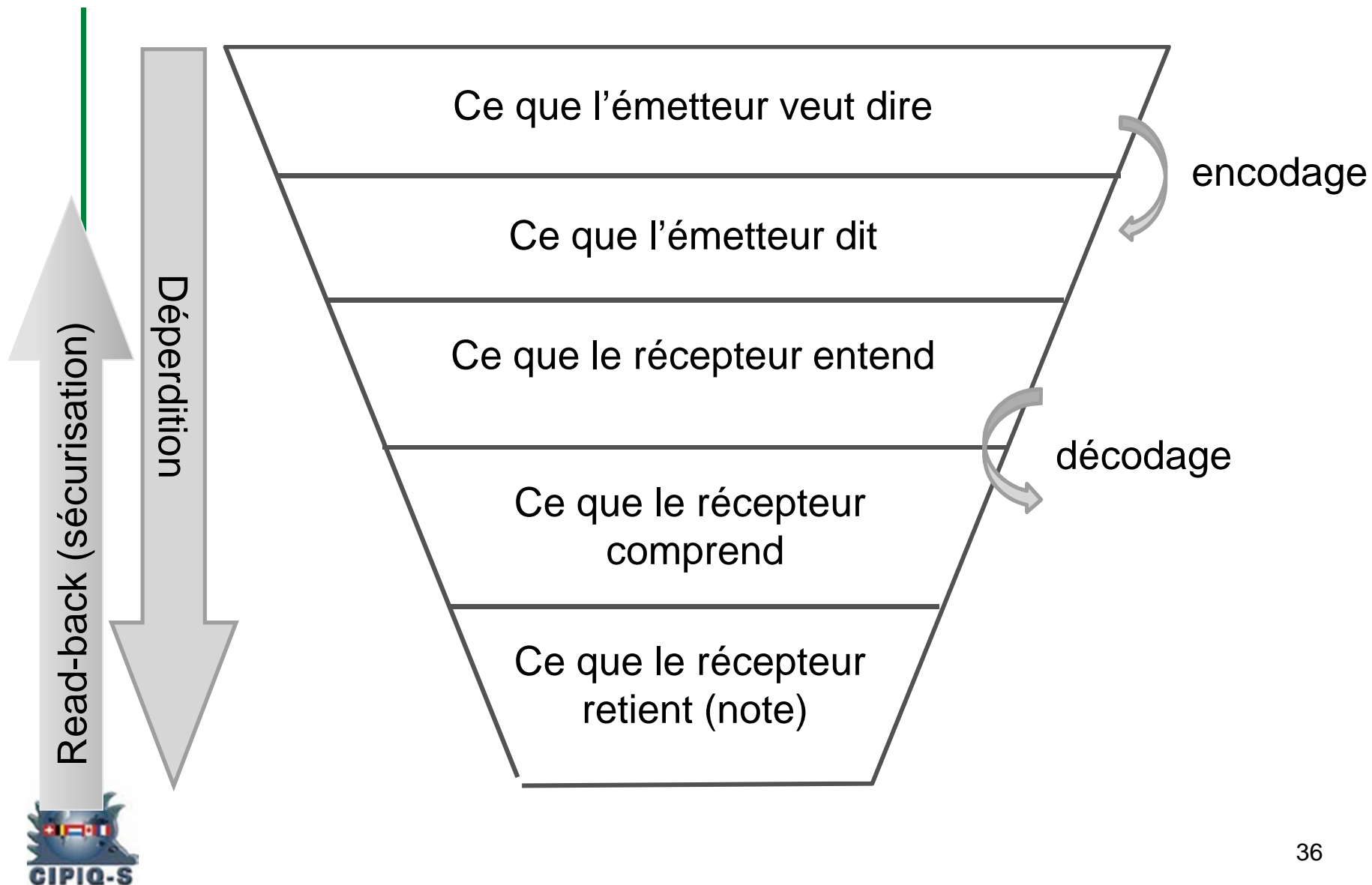
Variabilité de contexte

- Type d'environnement de travail :
 - Type d'unité de soins,
 - Stationnaire ou ambulatoire
- Moment de l'ordre:
 - Moment de la journée ou de la nuit,
 - Jour de la semaine, du week-end
- Processus de communication :
 - Face-à-face ou téléphone
 - Langue, dialectes, accents, articulation, clarté
 - Utilisations d'ensembles d'ordres standard
- Caractéristiques des professionnels concernés :
 - Connaissance du patient
 - Expérience de collaboration entre émetteur et récepteur
 - Fatigue de l'émetteur ou du récepteur
- Environnement:
 - Bruit, niveau d'activité
 - Dotations
 - Ordre en tant qu'interruption des tâches




Facteurs exacerbants

- A la complexité décrite ci-dessus peut s'ajouter des facteurs exacerbant le risque d'erreur :
 - pénurie de collaborateurs qualifiés,
 - distractions, accroissement de charge de travail,
 - manque d'expérience,
 - situations d'urgence,
 - fatigue,
 - médicaments à consonances voisines,
 - accents, dialectes .
- Dans les situations où l'ensemble de ces facteurs se conjugue avec des ordres oraux, le risque augmente bien évidemment.
- Dans certains secteurs, comme au bloc opératoire et aux urgences, la probabilité de cumul est plus élevée qu'ailleurs. Il s'y ajoute le bruit issu des alarmes générées par les équipements médicaux et, au bloc, le port des masques qui absorbe une partie de la voix.



Le Read-back

- La méthode du read-back est un standard dans l'aviation, employée par les pilotes et par le contrôle du trafic aérien pour l'ensemble des échanges. Elle a pour but de s'assurer de la compréhension des données, mais également de veiller à ce que le bon avion ait capté celles-ci et seulement celui-ci.
- <http://www.youtube.com/watch?v=pQH-RyJbGuM>
- De 6'00'' à 8'45''

A photograph of a seal and a penguin on a mossy rock. The seal is on the left, looking towards the penguin on the right. A speech bubble is positioned above the penguin, containing text in French. The background is a soft, out-of-focus green.

Je vous relis votre
commande : 3 Mac le Marin
avec mayonnaise et un
coca. Est-ce à l'emporter ?

Ordres oraux, taux d'erreur et read-back

- Dans une analyse de 822 entretiens téléphoniques réalisés pour transmettre des résultats de laboratoire pathologiques, un taux d'erreur de 3,5% a été constaté.
 - Le temps moyen nécessaire pour ces transmissions était de 57.6 secondes. Le temps nécessaire pour que le destinataire répète l'information reçue était de 12,8 secondes.
- Une recherche conduite en Afrique du Sud par Rensburg et collègues, étudiant 472 appels téléphoniques de transmission de résultats de laboratoire révèle un taux d'erreur de 10,8%. Les identifiants du patient étaient le nom de famille et le numéro de dossier. En écartant les erreurs de

Champ d'application

- La méthode du « read-back » s'applique lorsque le récepteur d'une information relit, à haute voix, ce qu'il a inscrit à l'émetteur, afin de s'assurer de la transmission et de la transcription correcte. Lorsque l'information ne peut pas être notée, c'est l'information mémorisée qui est répétée sous forme d'un « hear-back ».
- Cette méthode n'a pas pour ambition de s'appliquer à toutes les interactions cliniques, car un usage trop généralisé pourrait réduire son efficacité en la banalisant.
- Elle s'applique aux phases cruciales de tout processus clinique (par exemple avant, pendant et après une intervention chirurgicale, durant les transmissions relatives à un patient instable,...) ainsi qu'à l'échange d'informations vitales (situations à haut risque, telles que prescription de médicament, réglage d'équipement, positionnement du patient, latéralité).

Etape	Initiative	Action
1	Émetteur	S'identifier et identifier le patient concerné.
2	Récepteur	Valider que l'émetteur est autorisé à transmettre des ordres.
3	Émetteur	Transmettre l'information clé.
4	Récepteur	Noter/saisir l'information clé.
5	Récepteur	S'assurer que la transmission de ce type d'information sur un mode oral est autorisée.
6	Récepteur	Relire/répéter à haute voix l'information clé.
7	Émetteur	Confirmer ou infirmer le caractère correct et complet de l'information restituée par le récepteur.

Etape	Initiative	Action
8	Récepteur	Demander à l'émetteur comment le joindre pour d'éventuelles questions complémentaires.
9	Récepteur	Indiquer en regard de l'information clé la date, l'heure, l'identité de l'émetteur, celle du récepteur et le caractère oral de la transmission.
10	Récepteur	Demander à l'émetteur de confirmer l'ordre par écrit ou de venir le signer dans le délai prévu par la politique interne.
11	Récepteur	Pour tout traitement à haut risque, montrer l'ordre reçu à un professionnel qualifié pour la validation.

Le processus ITERA du read-back

Gestion des ordres oraux
Module e-learning financé par
l'APEQ
Contenu apporté par la FHV

Émetteur



Récepteur

S'Identifier et identifier

le patient concerné
Obtenir la pleine attention du récepteur. S'adresser directement au professionnel en charge du patient.

Transmettre

l'information clé



Ecrire /saisir

l'information clé
Dans le dossier du patient ou autre support adéquat. Indiquer en regard la date, l'heure, l'identité de l'émetteur et du récepteur et le caractère oral de la transmission.

Relire / répéter

à haute voix l'information clé
en incluant l'identification du patient (3 identifiants), et l'information clé.



Approuver ou infirmer

le caractère correct et complet de l'information restituée
Si incorrect ou incomplet : corriger et compléter puis procéder à un nouveau read-back.

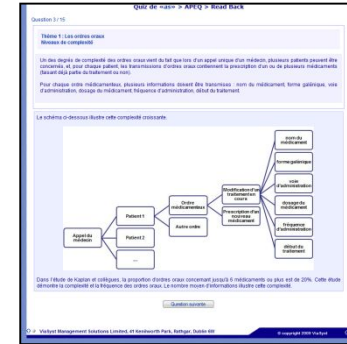
et en conclusion de l'entretien :

- Demander à l'émetteur comment le joindre pour d'éventuelles questions.
- Demander à l'émetteur de confirmer l'ordre par écrit ou de venir le signer dans les plus brefs délais.

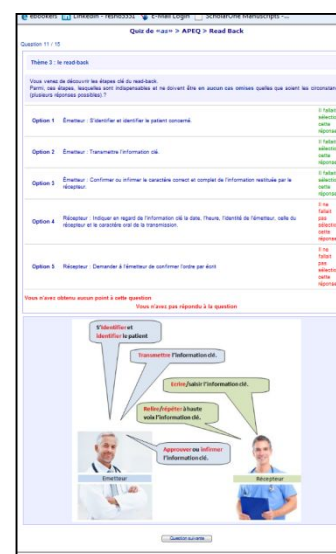
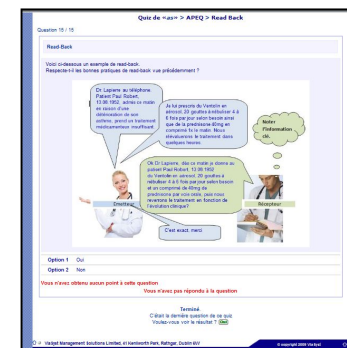
E-learning : verbal orders and read-back










For information about the e-learning, contact : read-back@viasyst.com