

Fiche méthode 600

"12 bonnes pratiques de sécurité applicables aux soins"

Descriptions et illustrations associées

12 bonnes pratiques de sécurité applicables aux soins (description, objectifs, mise en œuvre)	Des exemples concrets (dont 11 applications en transfusion sanguine)
1. La réunion avant action (ou "briefing")	
<p>Description</p> <p>Exposé précis, écrit ou oral, jetant les bases d'un problème ainsi que les objectifs à atteindre. Il peut éventuellement prendre la forme d'une réunion d'information, en vue d'échanger des idées.</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Se préparer individuellement et collectivement à l'action.• Anticiper la gestion des problèmes possibles et leurs solutions adaptées. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Immédiatement avant de commencer une activité à risque (même si elle est routinière).• A la suite d'une interruption significative ou d'un changement d'intervenant.	<ul style="list-style-type: none">• Réunion entre anesthésiste et chirurgien avant démarrage de l'activité de bloc opératoire (revue et ordre de passage des patients programmés à opérer)• Rappel des points clés d'une pratique avant l'action dans le cadre d'une réunion de service• Partage d'enjeux pour une chirurgie nouvelle ou particulière <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Réunion de l'équipe médicale (staff de concertation, etc.) en cas de transfusion de malades à risques ou présentant une pathologie complexe (analyse du rapport bénéfices-risques) (hors urgence vitale)
2. La réunion au décours d'une action (ou "débriefing")	
<p>Description</p> <p>Analyse collective <i>a posteriori</i> d'un évènement, permettant, via un échange d'impressions et de points de vue, d'interpréter, de comprendre et de tirer des conclusions des informations auxquelles les participants ont été exposés. Il doit ainsi permettre de déboucher sur un accord des participants quant aux résultats obtenus et aux futures bases de travail communes.</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour retenir et capitaliser les éléments d'expérience (sur l'activité et sur les conditions de réalisation de celle-ci).• Pour identifier, traiter les écarts et difficultés rencontrées en situation opérationnelle (contexte et organisation).• Pour identifier les sources potentielles d'amélioration des situations de travail.• Pour verbaliser une situation de stress ou de conflit. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Immédiatement après l'intervention avec tous les acteurs concernés.	<ul style="list-style-type: none">• La réunion mise en œuvre chaque matin au sein d'un SAMU ou d'un SAU pour passer en revue les interventions et problématiques rencontrées au cours de la nuit• L'analyse, le plus tôt possible, collective et organisée, d'un évènement indésirable associé aux soins et le plan d'action secondaire. Ceci quel que soit le cadre, formalisé (RMM, CREX, REMED) ou non <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Staff matinal dans le pôle obstétrical d'un CHU traitant de l'activité des 24 dernières heures et des éventuels dysfonctionnements (ex : mauvaise conservation d'un PSL dans une unité de soins)• Réunion des professionnels concernés lors de l'analyse d'un incident ou accident transfusionnel avec actions d'amélioration associées

3. L'autocontrôle

<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none">• Contrôle par l'exécutant lui-même de l'action qu'il va accomplir. L'exécutant verbalise à haute voix tout ce qu'il est en train de faire en suivant la procédure pas à pas. <p>Objectif de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantir l'adéquation entre l'action ou la procédure prévue et le matériel sollicité en favorisant la concentration. (Impossibilité de penser à autre chose pendant que l'on parle). <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour toute tâche à fort enjeu sécuritaire ou irréversible où l'opérateur se trouve seul au poste de travail.	<ul style="list-style-type: none">• L'IDE vérifie la disponibilité et l'adéquation des matériels avant de réaliser un sondage urinaire chez un patient• Elle suit la procédure à haute voix, vérifiant également à haute voix les étiquettes des matériels dont elle doit se servir (nature, référence, date de péremption) <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Avant transfusion, le professionnel s'assure de la qualité de la voie veineuse (recours à un tiers en cas de besoin), du temps dont il dispose pour assurer le début de l'acte dans de bonnes conditions de sécurité, de la disponibilité du matériel et documents nécessaires
---	---

4. La liste des actions à effectuer (ou "to do list")

<p>Description</p> <p>Liste d'actions élémentaires à réaliser de façon séquentielle lors d'un processus.</p> <p>Objectif de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer de ne rien oublier et de faire les actions dans le bon ordre dans le cas d'une tâche complexe. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Lors d'un processus à actions multiples ou lors d'opérations complexes dont la logique n'est pas toujours facilement mémorisable.	<ul style="list-style-type: none">• En préparation des médicaments avant administration, l'IDE se sert d'un mode opératoire adapté validé• Un "mémo" pour l'administration des médicaments (règle des 5 B : Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie, Bon moment) dans un environnement calme, avec vérification de l'ingestion réelle en cas de traitement per os <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Guide des bonnes pratiques précisant les divers contrôles et actions à effectuer pour chacune des phases de l'acte transfusionnel• Complément sous la forme d'une synthèse par poster (format A3) affiché dans les unités de soins
--	---

5. La "Check-list "

<p>Description</p> <p>Réaliser un "temps de pause" permettant de vérifier collectivement que les actions essentielles prévues ont bien été effectuées, selon une liste prédéfinie.</p> <p>Objectif de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer avant l'action que les prérequis indispensables à la sécurité sont bien disponibles. Réagir si non, arrêter le processus en cours et alerter si besoin (selon le principe du "no go"). <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Avant une action irréversible, il s'agit de s'assurer une dernière fois de la bonne configuration du système.	<p>Des <i>check-lists</i> utilisées (cf. paragraphe 3) :</p> <ul style="list-style-type: none">• par l'IDE avant administration d'une préparation d'antimitotique• avant interventions (chirurgie, césarienne, radiologie interventionnelle, endoscopie)• avant pose de cathéter veineux central• en sortie d'hospitalisation de plus de 24h <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Check-list utilisée par le professionnel de l'unité de soins précisant les points à vérifier depuis la réception du PSL jusqu'à sa transfusion (possible page 1 de la fiche de surveillance transfusionnelle)
--	---

6. La communication sécurisée

<p>Description</p> <p>Action de communication permettant de s'assurer qu'un message transmis a bien été compris et la consigne exécutée de manière conforme. Utilisation des 3 C (communication Claire, Complète et Ciblée).</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantir la transmission orale d'une information.• S'assurer que le message transmis est reçu et compris.• Renforcer la mémorisation de l'intervenant. <p>Mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour tout transfert d'informations critiques selon 3 temps (T1, T2, T3). <div data-bbox="193 929 817 1048" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>Selon le contexte, en utilisant l'outil SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande) préconisé par la HAS</p></div>	<ul style="list-style-type: none">• T1 : Emission du message : "François, prépare-moi la dose de x mg de tel médicament par voie intraveineuse" (message clair, complet et ciblé, interlocuteur désigné)• T2 : Répétition du message : "Je prépare la dose de x mg de tel médicament par voie intraveineuse" (répétition du message à l'identique dans son intégralité)• T3 : Confirmation par l'émetteur "OK" (l'émetteur confirme de façon simple que le message reçu a bien été compris par le destinataire) <p>NB : Eviter les abréviations et chiffres romains en communication écrite</p> <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Rédaction par le médecin de la prescription nominative de PSL• Fiche de surveillance transfusionnelle (document nominatif à compléter de données cliniques et administratives, décisions prises comportant l'identité de la personne réalisant l'acte)
---	---

7. Le détrompeur

<p>Description</p> <p>Artifice mécanique ou organisationnel destiné à éviter l'erreur humaine.</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantir l'adéquation aux interfaces ("le diable est dans les cloisons").• Assurer le bon séquençage d'une action à mener.• Interdire mécaniquement une action inadéquate. <p>Mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Lors d'une difficulté récurrente (en sachant que toutes les situations ne permettent pas l'utilisation de détrompeur).	<ul style="list-style-type: none">• Différences entre prises de vide et d'oxygène dans les chambres de patients, entre prises d'oxygène et de protoxyde d'azote utilisées pour anesthésie au bloc opératoire• Différences de couleur et/ou de forme des conteneurs selon l'affectation (transport de produits de santé) ou la destination (prendre en compte les problèmes de vision des couleurs)• Différences de couleur pour les bouteilles de fluides médicaux (blanc pour oxygène, bleu pour le protoxyde d'azote, gris pour le gaz carbonique...)• Différence de couleur entre catégories de documents liés aux soins (même remarque)• Alerte informatique en cas de discordance de données (prescription médicamenteuse, etc.) <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Réception des PSL dans l'unité de soins effectuée au sein d'un contenant nominatif avec couleur déterminée (un par patient et par type de PSL avec indication précise du destinataire) (prévention de l'inversion de PSL)
---	---

8. La délégation contrôlée

<p>Description</p> <p>Lors d'une délégation de tâche, c'est la démarche "reflexe" du rendu-compte - contrôle par les deux acteurs (la responsabilité restant à l'acteur délégataire).</p> <p>Objectif de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Permettre en toute sécurité une latitude pour certaines délégations de tâches. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Lors de situations particulièrement tendues afin de récupérer des ressources cognitives.• Lorsque la délégation est réglementairement possible.• Lors de la formation initiale.	<ul style="list-style-type: none">• Sage-femme exécutant un groupage sanguin pour une collègue surchargée• L'exécutant viendra rendre compte à la sage-femme délégataire que le groupage a bien été effectué et détaillera le process selon la méthode du contrôle croisé <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Un professionnel en charge d'un stagiaire en formation vérifie et supervise l'exécution des actes (prélèvements et envoi au laboratoire, préparation de la transfusion, pose et surveillance de la transfusion, traçabilités associées)
---	--

9. Le travail en binôme (et répartition organisée des tâches associées)

<p>Description</p> <p>Répartition réfléchie et formalisée des tâches pour tout poste de travail où plusieurs opérateurs sont impliqués.</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Travailler en toute sécurité pour éviter les doublons et des oublis.• Optimiser la charge de travail de chacun.• Rendre synergique le travail en équipe. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Lors de toute activité mobilisant plusieurs acteurs,• entre opérateur confirmé et stagiaire.	<ul style="list-style-type: none">• Induction anesthésique : séquence réalisée à 4 mains, un professionnel administrant les drogues anesthésiques, le second en charge de la ventilation assistée du patient endormi, l'un et l'autre ayant un regard réciproque sur l'exécution du travail de l'autre• Préparation de médicaments anti-cancéreux : principe actif préparé par 2 professionnels en pharmacie, le premier réalisant l'acte et énonçant à haute voix les doses prélevées et diluées, le second vérifiant l'exactitude de la déclaration, ainsi que la prescription écrite validée par le pharmacien <p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none">• Lors d'un changement d'équipe alors qu'un protocole transfusionnel portant sur plusieurs produits est en cours, le professionnel arrivant complète la surveillance clinique et reprend l'ensemble des vérifications pour les produits suivants
--	---

10. La gestion de l'interruption de tâches

<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'une organisation du travail qui permet au mieux de gérer les difficultés liées aux interruptions de tâches (par une identification préalable des tâches critiques).• L'organisation doit protéger l'acteur lors des phases critiques, l'opérateur devant pouvoir refuser ou gérer l'interruption lors de cette même phase. <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none">• Donner aux opérateurs des conditions de travail sereines.• Prévenir les erreurs liées aux interruptions de tâches. <p>Mise en œuvre</p> <p>Cette démarche est mise en pratique sur des phases critiques identifiées. L'opérateur peut alors refuser de se laisser interrompre.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Une IDE s'apprête à apporter une poche de chimiothérapie dans la chambre de M. Dupont alors qu'elle vient de terminer ses contrôles. Elle est sollicitée par sa collègue pour soulever un malade obèse. Elle dépose la poche dans le réfrigérateur. Au retour, pressée, elle prend sans s'en rendre compte la poche de M. Durand (même produit mais à doses différente). <p>Commentaire : La hiérarchisation des priorités n'a pas été faite. L'interruption de la séquence aurait dû donner lieu à une vérification (produit, patient, dose).</p> <ul style="list-style-type: none">• Le port par l'IDE d'un gilet de couleur pendant la préparation et l'administration des médicaments aurait pu prévenir une interruption pendant l'exécution d'une tâche à risque d'erreurs, de même qu'une zone de confidentialité ou l'isolement dans une salle dédiée fermée
---	---

<p>Dans le cas contraire, il doit gérer l'interruption en utilisant la "minute d'arrêt" :</p> <ul style="list-style-type: none"> repérer le point précis de son interruption, reprendre l'identification précise du matériel, du produit, du consommable, du médicament prescrit, de la voie d'administration, recommencer au point précis de l'interruption (si ce point n'est pas reconnu, reprendre la procédure entièrement). 	<p>En transfusion sanguine</p> <p>La gestion sécurisée de l'acte transfusionnel implique pour le professionnel concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> de vérifier le temps dont il dispose pour assurer la début de l'acte dans de bonnes conditions de sécurité d'avertir l'équipe du démarrage de l'action, d'éviter, sauf urgence, toute interruption de tâche dès lors que l'acte est engagé.
--	--

11. L'arrêt de tâche en cas de doute et appel à l'aide

<p>Description</p> <p>Permettre à chacun de pouvoir interrompre le processus en cours et de se dire "j'ai un problème", "j'ai un doute", "je ne maîtrise plus".</p> <p>Objectifs de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner suffisamment confiance aux opérateurs pour pouvoir interrompre un processus en cas de doute. Et donc de ne réaliser l'action qu'après levée du doute Eviter l'effet de " tunnelisation " qui pousse l'opérateur à poursuivre malgré les alarmes Pouvoir effectuer un appel à l'aide auprès de compétences extérieures. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout acteur et pour toute phase. 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas autoriser l'entrée dans une salle d'intervention non prête Arrêt et demande d'aide de l'IDE auprès du prescripteur ou du pharmacien en cas de prescription médicamenteuse écrite posant problème (lisibilité, aspect incomplet, pertinence) Arrêt de l'intervention en cas de doute sur la réalisation de l'antibioprophylaxie ou sur le côté à opérer Culture de recours entre médecins en cas de difficultés, y compris la nuit si besoin, au sein d'un service d'anesthésie réanimation infantile
	<p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas de doute ou de non-conformité, quelle que soit l'étape de l'acte transfusionnel : arrêt du processus et demande d'aide auprès d'un autre professionnel (notamment lors du contrôle pré-transfusionnel ultime).

12. Le contrôle croisé

<p>Description</p> <p>Action de contrôle des actions vitales effectuée par un deuxième acteur avant la poursuite de l'action.</p> <p>Objectif de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantir un contrôle des actions élémentaires ou séquences d'actions à risque (pas de marche arrière possible en cas d'erreur) avant la poursuite de l'action. <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> Bénéficier du regard bienveillant et du contrôle de l'autre avant action ou saisie d'un paramètre critique (dernier regard d'un tiers avant validation). 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique de la double vérification effectuée de façon indépendante pour réduire le risque d'incidents ou d'accidents liés à la médication (ex : un(e) second(e) IDE vérifie après le/la premier(e) IDE et de manière indépendante le paramétrage de la seringue électrique lors de l'héparinothérapie d'un patient (dose, débit, place de la virgule, etc.) (Bulletin ISMP Canada, janvier 2005)
	<p>En transfusion sanguine</p> <ul style="list-style-type: none"> Certaines équipes paramédicales ont pour consigne de réaliser une double validation (2 IDE ou 1 IDE et un interne) du contrôle ultime au lit du malade avant administration de PSL

(1) **Source** : D'après le guide HAS : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012. Fiche technique n° 28, p.177 et suivantes

(2) **Sigles utilisés** : **CHU** : centre hospitalo-universitaire, **CREX** : comité de retour d'expérience, **HAS** : Haute Autorité de Santé, **IDE** : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat, **ISMP** : Institute for Safe Medication Practices (Canada), **PSL** : produit sanguin labile, **REMED** : revue des erreurs médicamenteuses, **RMM** : revue de morbidité-mortalité, **SAED** : situation, antécédents, évaluation, demande, SAMU : service d'accueil médical d'urgence