

Mois de déclaration CIRNET 2024

Annonce du hot spot

« Chaque déclaration CIRS compte » – particulièrement entre le 1^{er} et le 31 mars 2024

Chères et chers collègues,

Avec la fondation Sécurité des patients Suisse, nous vous invitons à déclarer systématiquement dans le CIRS tous les événements en relation avec le thème

« Failure to rescue »

survenant entre le 1^{er} et le 31 mars 2024.

Il s'agit d'événements dans lesquels il y a eu des omissions, des retards ou un manque de capacité identifier et à réagir aux complications d'un processus pathologique ou en raison d'une intervention médicale. Dans le cadre du mois de déclaration CIRNET de cette année, la définition¹ souvent utilisée du terme « Failure to rescue » est nettement plus large et s'étend notamment à tous les secteurs de soins.

Exemples de situations possibles :

Exemple 1 : « Des détériorations pertinentes de l'état de santé ne sont pas reconnues comme un danger, ou le sont trop tard reconnues, alors que des signes auraient pu être détectés. »

Exemple 2 : « Les informations sur la détérioration de l'état de santé ne peuvent pas être transmises aux personnes compétentes ou seulement avec un certain retard. »

Exemple 3 : « Les informations à la détérioration de l'état de santé ne sont pas suffisamment prises en compte ou sont ignorées. »

Exemple 4 : « Le traitement d'une complication/d'une détérioration de l'état ne peut pas être effectué en temps réel, car les personnes compétentes en la matière sont impliquées ailleurs. »

Exemple 5 : « Il y a un retard dans le déploiement des équipes d'urgence. »

Exemple 6 : « Les spécialistes nécessaires au traitement des complications après une intervention spécialisée ne sont pas disponibles ou ne le sont pas en temps voulu. »

Exemple 7 : « Les matériels utilisés en urgence ne sont pas disponibles ou ne sont pas opérationnels. »

¹ "Failure to rescue (FTR) is failure or delay in recognizing and responding to a hospitalized patient experiencing complications from a disease process or medical intervention." (par exemple [National Institute for Health](#))

Si vous observez un événement critique de ce type, déclarez-le dans notre système CIRS. Toutes les déclarations enregistrées seront systématiquement analysées et traitées par Sécurité des patients Suisse, en collaboration avec des spécialistes de différentes institutions. Les résultats de cette analyse et les conclusions qui en découleront seront ensuite mis à notre disposition.

Pour que le traitement de ce « hot spot » tienne compte de tous les aspects pratiques pertinents pour notre institution, chaque déclaration CIRS compte ! Lorsque vous rendez compte d'un incident, veillez dès lors à fournir les données les plus concrètes et les plus complètes possibles, notamment sur les points suivants :

- De quel type de complication s'agit-il ?
- Y avait-il des signes de détérioration qui n'ont pas été pris en compte ou qui ont été pris en compte trop tard et, si oui, lesquels ?
- Pourquoi la réaction à la dégradation de l'état a-t-elle été retardée ?
- A-t-il manqué de compétences pour faire face à l'événement et, si oui, lesquelles ?
- Quelles en ont été les conséquences pour les patient-e-s ?
- S'agit-il d'un événement unique ou d'un événement plus fréquent ?
- Dans quelle mesure la sécurité des patient-e-s est-elle menacée ?
- Quelles mesures ont été prises (directement après l'incident ou ultérieurement) pour éviter qu'un tel événement ne se reproduise à l'avenir ?
- Quels sont, selon vous, les facteurs et cofacteurs à l'origine des problèmes ?

N'hésitez pas à déclarer des incidents qui vous paraissent a priori « banals ». Vous nous aiderez à évaluer l'importance et l'ampleur de ce « hot spot » dans notre institution. Nous contribuerons ainsi à enrichir la base de données qui permettra d'analyser et de traiter une problématique de sécurité des patients au niveau national.

Notre système CIRS et le réseau CIRNET (réseau des systèmes locaux CIRS géré par Sécurité des patients Suisse) vivent grâce à l'engagement de chaque personne et offrent la possibilité d'apprendre des erreurs. Les déclarations que vous enregistrez dans le système CIRS sont donc d'une grande valeur, car elles ne sont probablement documentées nulle part ailleurs. Sans elles, un savoir précieux pourrait se perdre.

Traduction des exemples de déclarations CIRNET originales :

Exemple 1 : « *Alarme REA avec désignation sur le viseur REA « REA NF 08/Endoscopie ». Nous nous sommes alors rendus aux urgences, à la couchette 8, où l'on nous a dit qu'il devait s'agir d'une fausse alerte et que la patiente se portait bien. Toute l'équipe du service de réanimation est alors retournée dans le service, j'ai encore brièvement contrôlé la salle de gastroscopie et la salle de CPRE. Ce n'est que plus tard que j'ai découvert que la désignation « REA NF 08/Endoscopie » correspondait à la salle de déchocage, dans laquelle une REA était effectivement en cours... »*

Exemple 2 : « *...Le patient n'a soudainement plus réagi. ... J'ai alors appuyé sur le bouton du canal des médias près de la cloche au lieu du bouton de la réanimation avec un clapet en amont. Cette erreur a retardé l'alerte de l'équipe Rea d'environ 2 à 3 minutes. Nous nous sommes étonnés que l'équipe Rea n'arrive pas. Comme le bouton d'alarme Rea clignotait (alors que je n'avais pas appuyé dessus), mes collègues ont pensé que l'alarme avait été déclenchée correctement. Finalement, je me suis rendu compte de mon erreur et j'ai appuyé sur le bouton de réaction qui clignotait. »*

Exemple 3 : « *Le bouton REA a été actionné. Mais les personnes concernées n'ont pas pu localiser le lieu sur leur pager. »*

Exemple 4 : « Pendant la douche, une patiente a fait un collapsus circulatoire avec relâchement total, l'appel d'urgence dans la salle de bain n'a pas pu être déclenché de manière conventionnelle, c'est-à-dire en appuyant sur le bouton d'alarme. J'ai dû laisser la patiente qui s'était affaissée et qui glissait presque au sol et déclencher l'alarme au chevet du lit du patient. Annonce au service technique et à l'administration des soins..... le problème est connu et en suspens. »

Exemple 5 : « L'état du patient s'est progressivement dégradé, inhalation administrée, après 20 minutes environ, nouvelle information, car le patient commence à faire des pauses respiratoires. ... La personne soignante décide de déclencher l'alarme REA. L'équipe REA arrive rapidement sur place : Électrodes ECG manquantes dans le chariot REA, masque O2 avec réservoir manquant dans le service, nouveaux lits d'hôpital ne rentrant pas dans l'ascenseur avec le chariot REA. »

Exemple 6 : « Le patient présentait des symptômes pour lesquels un infarctus du myocarde, une fibrillation auriculaire ou d'autres causes ne pouvaient être exclus. Le médecin responsable du service était en vacances, le médecin-chef adjoint n'a pas pu être joint par téléphone après plusieurs tentatives. Impossible de le joindre au bureau. Le service de premier plan a été informé. Le service d'arrière-plan était justement ce médecin introuvable. Un autre médecin impliqué auprès du patient n'a pas non plus pu être joint par téléphone. Ce n'est que 3 heures plus tard que le médecin compétent a été joint par téléphone par le portier via une déviation. »

Exemple 7 : « Au cours d'une quinte de toux, l'enfant fait une apnée et devient cyanosé. La mère sonne, mais aucun soignant ne vient, elle va alors dans le couloir et appelle à l'aide. Un soignant du service voisin arrive et déclenche immédiatement l'alarme. Le service médical arrive alors en premier dans la chambre, les soignants n'entrent dans la chambre qu'après l'alarme. Le personnel soignant se trouvait dans la chambre et n'a pas entendu l'alarme du moniteur de saturation. Après le déclenchement de l'alarme, ils sont également arrivés le plus vite possible. »

Exemple 8 : « Le patient présente des antécédents cardiaques et pulmonaires importants. Lors de son transfert du service de jour, je constate que c'est déjà le troisième jour qu'il présente un bilan positif de plus de 3000 ml. Ce bilan - bien que mentionné par les soins et que le patient ait de plus en plus de difficultés à respirer - est ignoré par les médecins. Au courant de l'après-midi, une consultation médicale est annoncée, qui sera réalisée plus tard. ... Aucun feedback n'est donné aux infirmières, le médecin-assistant pose l'ordonnance sur la table. Le médecin pose l'ordonnance sur la table. Donc : pas de mesure immédiate actuelle, par ex. l'administration de Lasix, bien que le patient se plaint d'une forte détresse respiratoire. Vers 19 heures, le patient sonne à nouveau en disant qu'il a un fort rétrécissement de la gorge et qu'il a beaucoup de difficultés à respirer. J'augmente l'administration d'O2 et je fais inhaler le patient. ... Après l'arrivée du DA, celui-ci n'en revient pas qu'aucune mesure n'ait été prise jusqu'à présent pour éliminer et faciliter le soulagement respiratoire. »

Exemple 9 : « Une patiente s'est effondrée pendant une consultation chez le médecin. Comme il n'était pas possible de déterminer dans un premier temps si elle respirait encore, le médecin a immédiatement demandé l'aide des infirmières. Une personne du personnel soignant, qui se trouvait dans le couloir et portait un téléphone sur elle, a immédiatement appelé le numéro REA indiqué. Mais personne cependant n'a répondu au téléphone. »

Exemple 10 : « La nuit du 6 au 7 avril, la garde de nuit a déclenché une alarme parce que quelqu'un était presque tombé du lit et avait besoin d'aide. Personne n'est venu à l'aide en réponse à cette alarme de l'autre service (le service A ou éventuellement le service B aurait dû venir). Il n'est pas possible que personne ne réponde à un appel d'alarme pendant la nuit !!!????? »



Exemple 11 : « Une patiente a été transférée le 5 juillet de l'IMC avec télémétrie. Quelques heures plus tard, la patiente développe une bradycardie/asystolie sévère dans le service. Le personnel soignant de l'unité de soins intensifs a appelé à plusieurs reprises correspondante pour mentionner l'événement sur le moniteur de télémétrie. Malgré plusieurs tentatives d'appel, personne n'a répondu. »

Exemple 12 : « Pendant le service du matin, une alarme s'est déclenchée dans le bâtiment central. En arrivant, j'ai vu qu'il s'agissait d'une situation d'urgence MEDICALE nécessitant divers équipements (appareil de mesure de la pression artérielle / oxymètre de pouls et, au fur et à mesure, également des poches d'ambulance et un défibrillateur). Comme aucun de ces appareils importants n'est déposé dans le bâtiment central, les différents soignants ont dû les rassembler dans différents services. Comme les services sont un peu éloignés les uns des autres et que l'accès est difficile en raison des portes verrouillées, tout cela prend beaucoup de temps. »

Exemple 13 : « Un patient sous dialyse a avalé son sandwich, ce qui a entraîné une pause respiratoire et un arrêt circulatoire. La manœuvre de Heimlich a été utilisée à plusieurs reprises avec frustration, jusqu'à ce que le bolus puisse finalement, après deux compressions thoraciques, et que le patient reprenne conscience. Au cours d'épisode, un aspirateur a été demandé. Celui-ci n'a pas pu être assemblé dans un délai raisonnable ; de plus, les raccords muraux n'étaient pas accessibles en raison de l'étroitesse de l'espace. »

Exemple 14 : « A 6h45, un patient est trouvé - allongé dans son lit avec une forte dyspnée. Le médecin de service est informé par téléphone de la dégradation de l'état général et est prié de venir dans le service. L'état du patient se dégrade de minute en minute jusqu'à ce qu'il ne soit plus réceptif. Le médecin de service est à nouveau contacté par téléphone et prié de se rendre immédiatement dans le service. Le médecin de service se rend dans le service, il donne des instructions peu claires et réagit de manière peu aimable aux questions de l'infirmière. A 7h15, le patient est transféré au service de soins intensifs sur ordre du médecin de service. »

Exemple 15 : « Le dimanche matin, une patiente s'est plainte de troubles cardiaques (nausées, sensation de pression thoracique). La médecin de service (urgence) m'a orientée vers la médecin du service responsable pour le weekend. Celle-ci reste injoignable pendant 10 minutes (occupée, téléphone non décroché). Malgré cela, la médecin urgentiste a refusé de voir la patiente. Le médecin-chef responsable n'était pas non plus joignable (le téléphone n'a pas été décroché), à la centrale, on n'a pas pu me renseigner sur les personnes encore responsables ou de service). 15 minutes après l'événement, j'ai pu joindre un médecin qui s'est occupé de la patiente. »

Nous nous réjouissons de votre participation !

Contact pour toute question :

... dans notre institution :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

... Sécurité des patients Suisse

Helmut Paula, EMBA HSM
Responsable de CIRNET
Tél. 043 244 14 84
E-mail : paula@patientensicherheit.ch

Carmen Kerker, MScN
Collaboratrice scientifique
Tél. 043 244 14 93
E-mail : kerker@patientensicherheit.ch