Facteurs humains en anesthésie pédiatrique

Daphné Michelet

Congrès ADARPEF 2025

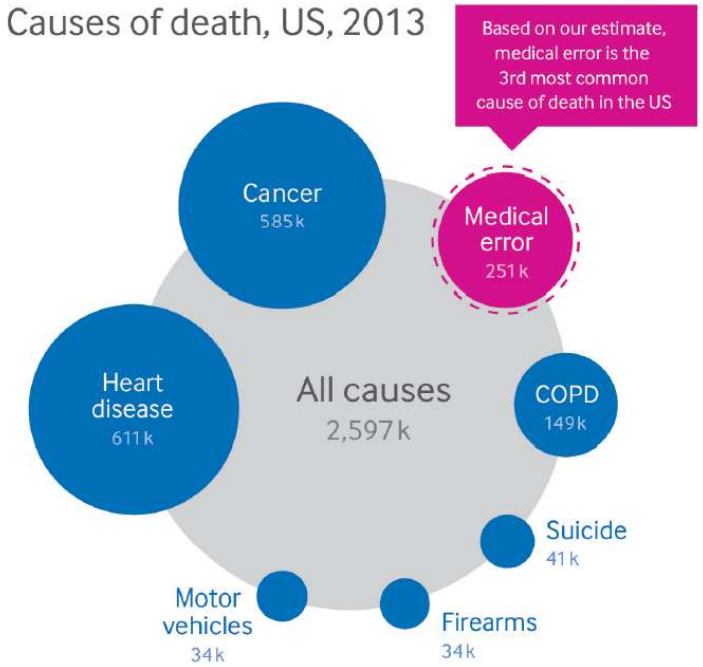
Facteur humain et qualité / sécurité des soins ?

FH: compréhension des interactions entre les humains et les autres éléments d'un système, afin d'optimiser la performance globale du système et le bien-être humain



Institute of Medicine (US), 2000

44 000 à 98 000 décès/an aux US suite à des EIG



Makary M A, BMJ 2016

Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS

Philippe Michel[1], Christelle Minodier[2], Céline Moty-Monnereau[2], Monique Lathelize[1], Sandrine Domecq[1], Mylène Chaleix[2], Marion Kret[1], Tamara Roberts[4], Léa Nitaro[3], Régine Bru-Sonnet[1], Bruno Quintard[3], Jean-Luc Quenon[1], Lucile Olier[2].

2009:
Entre 270 000 et 390 000 EIG par an dont 40 % évitables

La pyramide de la sécurité



Concevoir les systèmes en pensant aux acteurs, en veillant à ce que leurs contributions et besoins soient prioritaires plutôt que secondaires. *Nancy Leveson*

La **sécurité n'est pas l'absence d'erreurs, mais la présence de capacités.**

Todd Conklin

Construire un environnement générant moins d'erreurs et rendre l'activité robuste à l'erreur en donnant aux acteurs les outils permettant de les **détecter et les récupérer.** *James Reason*

L’humain n’est pas parfait! Approche cognitive:

- **5 à 7 erreurs par heure**, inéluctable !



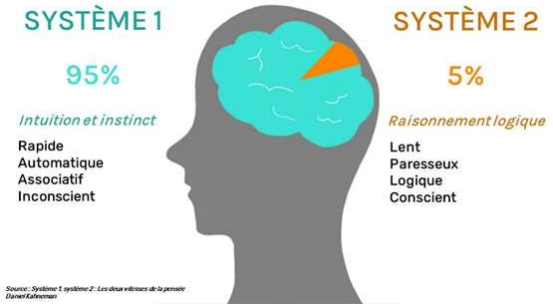
- **Stress** et réponse au stress

- **Biais cognitifs** *Webster, BJA Educ 2021*



  - Feed-back = Absence de retour interprété comme retour positif
  - Commission = Passer à l’action plutôt que ne rien faire
  - Excès de confiance
  - Confirmation = retenir ce qui confirme l’hypothèse retenue

- **Prise de décision**:
  - Système 1 / système 2 *Kahneman, Flammarion 2011*
  - Système 2 permet de récupérer 90% des erreurs



Anesth Reanim. 2025; 11: 92-100
en ligne sur / on line on
www.em-consulte.com/revue/annes
www.sciencedirect.com

Article original

Erreurs en anesthésie : enquête et analyse de pratique un jour au bloc opératoire en France

Régis Fuzier [1], Julien Bordes [2], Cédric Basquin [3], Maryline Bordes-Demolis [4], Jean-Louis Bourgain [5], Sébastien Campion [6], Dominique Fletcher [7], Estelle Morau [8], Iris Pelieu [9], Ludovic Pelligand [10], Aurélie San Miguel [4], Lilia Soufir [11], Olivier Untereiner [12], Charles-Hervé Vacheron [13], Antonia Blanié [14], Julien Picard [15], le Comité Analyse et Maîtrise des Risques de la SFAR

- Enquête 1 jour donné
- 15 mars – 30 juin 2023
- 166 participants
- 63 erreurs pour 53 déclarants

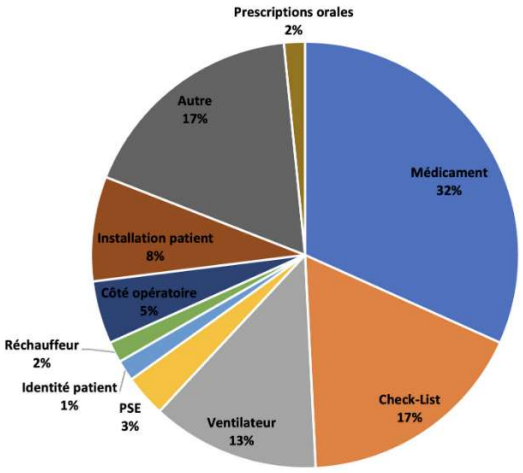


FIGURE 1
Répartition des catégories des erreurs rapportées (*n* = 63)

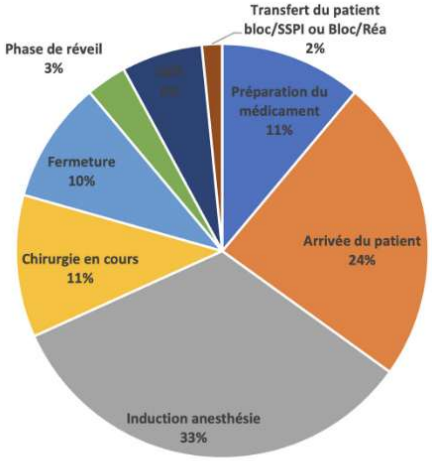


FIGURE 2
Répartition des différentes erreurs en fonction du moment de survenue (*n* = 63)

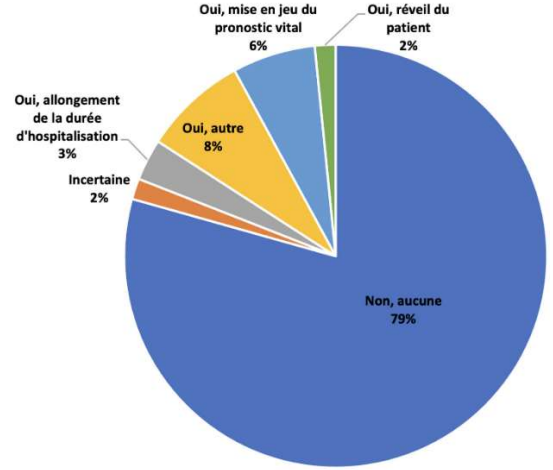
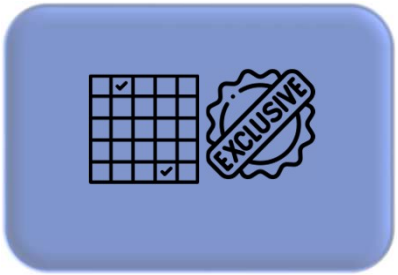


FIGURE 3
Répartition des différentes erreurs en fonction des conséquences pour le patient (*n* = 63)

Anesthésie pédiatrique et facteurs humains



Pratique exclusive ou occasionnelle



Pédiatrie =

0 – 18 ans



Evolution rapide des situations critiques



Gestes parfois + complexes



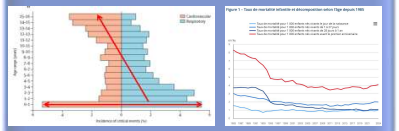
Environnement



Dimension psychologique



Stress et fatigue



Complications

Habre 2017, INSEE 2025

RPP

Facteurs humains en situations critiques

DR BENJAMIN BIJOK
& DR FRANÇOIS JAULIN



SFAR

FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

24h en anesthésie-réanimation pédiatrique

…Un cas clinique sur nos pratiques & comportements

- **7h45**, vous arrivez au bloc opératoire.
- Vous êtes posté aujourd’hui sur l’activité programmée de chirurgie ORL pédiatrique.
- Vous prendrez ensuite la garde à partir de 18h.
- Le premier patient ne présente pas d'antécédent notable. Il s’agit d’un enfant de 2 ans pris en charge pour amygdalectomie.

En fin d’intervention, à l’extubation, le patient présente une désaturation.

Réaliser un **briefing** dans cette situation :



a. Est une perte de temps

b. Retarde la prise en charge et met en danger le patient

c. Permet d’attribuer les rôles de chacun

d. Améliore les performances de l’équipe

En fin d'intervention, à l'extubation, le patient présente une désaturation.

Réaliser un **briefing** dans cette situation :



a. Est une perte de temps

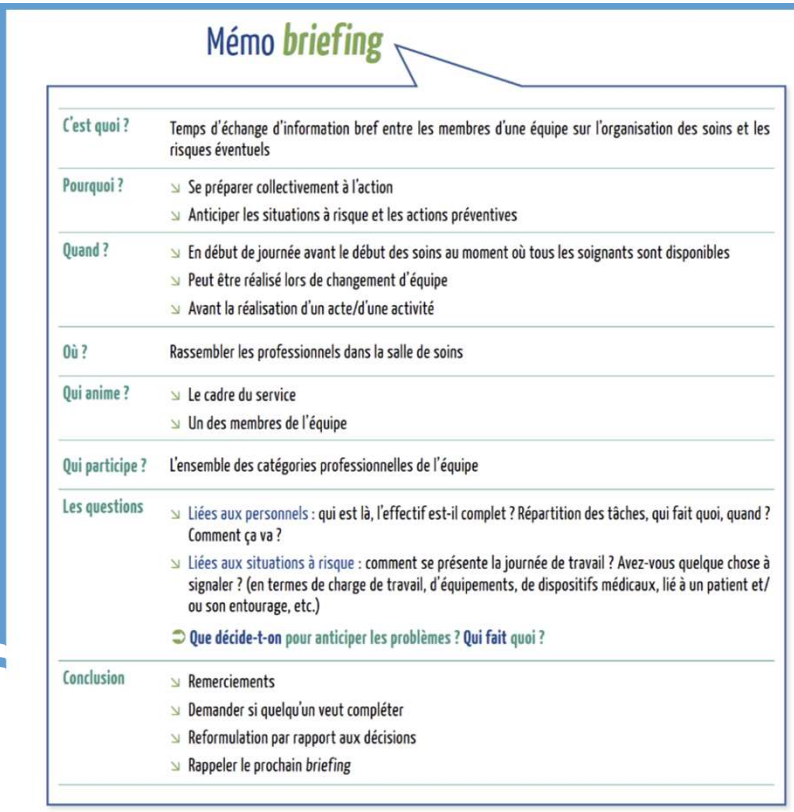
b. Retarde la prise en charge et met en danger le patient

c. Permet d'attribuer les rôles de chacun

d. Améliore les performances de l'équipe

R1.1 – Dans le cadre d'une situation critique, les experts suggèrent de réaliser un briefing avant la prise en charge afin d'améliorer les performances de l'équipe, le climat de sécurité et de diminuer les taux d'événements indésirables.

Avis d'experts (accord fort)



Mémo *briefing*

C'est quoi ?	Temps d'échange d'information bref entre les membres d'une équipe sur l'organisation des soins et les risques éventuels
Pourquoi ?	↘ Se préparer collectivement à l'action ↘ Anticiper les situations à risque et les actions préventives
Quand ?	↘ En début de journée avant le début des soins au moment où tous les soignants sont disponibles ↘ Peut être réalisé lors de changement d'équipe ↘ Avant la réalisation d'un acte/d'une activité
Où ?	Rassembler les professionnels dans la salle de soins
Qui anime ?	↘ Le cadre du service ↘ Un des membres de l'équipe
Qui participe ?	L'ensemble des catégories professionnelles de l'équipe
Les questions	↘ Liées aux personnels : qui est là, l'effectif est-il complet ? Répartition des tâches, qui fait quoi, quand ? Comment ça va ? ↘ Liées aux situations à risque : comment se présente la journée de travail ? Avez-vous quelque chose à signaler ? (en termes de charge de travail, d'équipements, de dispositifs médicaux, lié à un patient et/ou son entourage, etc.) ➲ **Que décide-t-on pour anticiper les problèmes ? Qui fait quoi ?**
Conclusion	↘ Remerciements ↘ Demander si quelqu'un veut compléter ↘ Reformulation par rapport aux décisions ↘ Rappeler le prochain *briefing*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/memo_briefing.pdf

Intérêts:
Conscience collective de la situation
Partage d'un modèle mental commun

Bénéfices:
Ambiance d'équipe, communication, efficience

Vous parvenez à gérer la situation. Votre patient récupère une ventilation correcte permettant le transfert en SSPI.

A l'arrivée en salle de réveil, vous dites à l'IDE *« Fais lui un d'adré stp, merci ! ».*

A quoi correspond cette prescription orale ?

a. 1 mg d'adrénaline en IV

b. 1 ampoule d'adrénaline en nébulisation

c. 1 mg d'adrénaline dans 5 ml de NaCl 0,9% en nébulisation

d. 1 mcg d'adrénaline en IV

Vous parvenez à gérer la situation. Votre patient récupère une ventilation correcte permettant le transfert en SSPI.

A l'arrivée en salle de réveil, vous dites à l'IDE *« Fais lui un d'adré stp, merci ! ».*

A quoi correspond cette prescription orale ?

a. 1 mg d'adrénaline en IV

b. 1 ampoule d'adrénaline en nébulisation

✓ c. 1 mg d'adrénaline dans 5 ml de NaCl 0,9% en nébulisation

d. 1 mcg d'adrénaline en IV

Vous percevez l’incertitude chez ce nouvel IDE de SSPI.
Vous précisez votre prescription orale.
L’IDE de SSPI répète votre prescription.



a. Répéter une demande orale et comprise est une perte de temps

b. C’est un signe que l’IDE manque de confiance en lui

c. Répéter une demande permet de valider sa bonne réception

d. C’est inutile quand les professionnels de santé se connaissent depuis longtemps

Vous percevez l’incertitude chez ce nouvel IDE de SSPI.
Vous précisez votre prescription orale.
L’IDE de SSPI répète votre prescription.



a. Répéter une demande orale et comprise est une perte de temps

b. C’est un signe que l’IDE manque de confiance en lui

c. Répéter une demande permet de valider sa bonne réception

d. C’est inutile quand les professionnels de santé se connaissent depuis longtemps

CHAMP 1 : COMMUNICATION

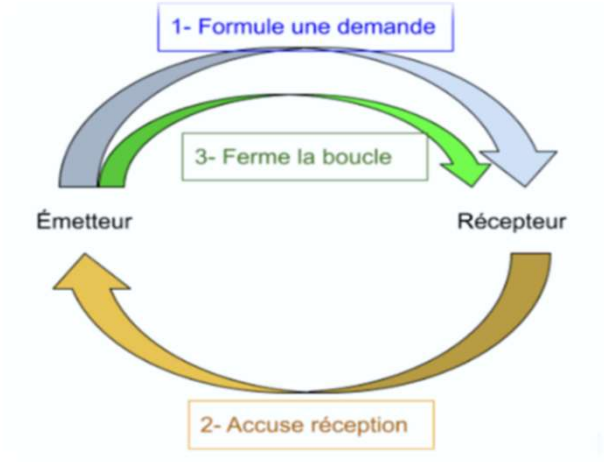
Coordonnateur d'experts : Régis Fuzier

R1.2 – Les experts suggèrent que l'équipe soignante en situation de crise utilise une communication sécurisée et standardisée afin d'améliorer la morbi-mortalité et de limiter l'incidence des événements indésirables.

Avis d'experts (accord fort)

Déperdition de l'information
Bavelas et Leavitt, 1950





S — Je décris la Situation actuelle concernant le patient :
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A — J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : … **Ses allergies sont** : …
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : … **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E — Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :
Je pense que le problème est : …
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D — Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :
Je souhaiterais que : …
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Vous reprenez le cours de votre activité. Vous êtes confronté à une IOT difficile nécessitant un appel à l'aide. Un collègue docteur junior arrive, il demande qui est le leader.

Vous répondez :



a. Je suis le médecin responsable, pas besoin de préciser

b. Le médecin le plus expérimenté est leader

c. Le collègue renfort devient naturellement leader

d. Je précise qui garde ou prend le leadership pour clarifier les rôles

Vous reprenez le cours de votre activité. Vous êtes confronté à une IOT difficile nécessitant un appel à l'aide. Un collègue docteur junior arrive, il demande qui est le leader.

Vous répondez :



a. Je suis le médecin responsable, pas besoin de préciser

b. Le médecin le plus expérimenté est leader

c. Le collègue renfort devient naturellement leader

d. Je précise qui garde ou prend le leadership pour clarifier les rôles

R2.3 – Les experts suggèrent que les soignants en situation critique adoptent une organisation de travail en équipe reposant sur une identification claire d'un leader, un partage d'informations, une coordination et une répartition cohérente et équilibrée des tâches, pour améliorer la qualité et sécurité des soins et réduire l'incidence des évènements indésirables.

Avis d'experts (accord fort)

Le docteur junior arrivé en renfort suggère l'utilisation d'une aide cognitive, associée à la situation d'IOT impossible :



a. C'est un aveu d'incompétence

b. C'est délétère car il n'y a pas de temps à perdre

c. Cela permet d'éviter des oublis et améliore la qualité de la prise en charge

d. Ce n'est pas nécessaire chez les praticiens expérimentés

Le docteur junior arrivé en renfort suggère l'utilisation d'une aide cognitive, associée à la situation d'IOT impossible :



a. C'est un aveu d'incompétence

b. C'est délétère car il n'y a pas de temps à perdre

c. Cela permet d'éviter des oublis et améliore la qualité de la prise en charge

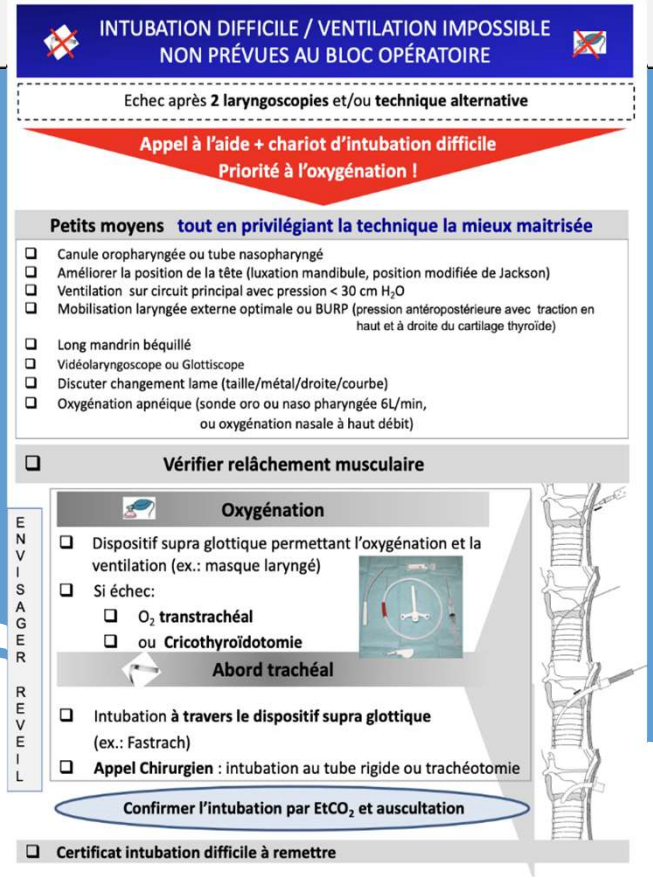
d. Ce n'est pas nécessaire chez les praticiens expérimentés

CHAMP 2 : ORGANISATION

Coordonnateur d'experts : Julien Picard

R2.4 – Les experts suggèrent que l'équipe soignante en situation critique utilise une aide cognitive de crise afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient.

Avis d'experts (accord fort)



- Moins d'erreurs
- Moins d'oublis
- Meilleure prise en charge globale

Vous demandez le vidéolaryngoscope.

Selon vous :





a. Tout le monde dans le service connaît son emplacement

b. Tout nouvel arrivant est informé de l'emplacement du matériel utile lors de situations critiques

c. Si le docteur junior ne sait pas où il se trouve, quelqu'un saura

d. Le docteur junior saura utiliser le vidéolaryngoscope car cela fait partie de la formation de base d'un interne

e. Le docteur junior saura utiliser le vidéolaryngoscope car il a suivi la formation sur le matériel de situation critique par le référent formation du service



CHAMP 3 : ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Coordonnateur d'experts : Benjamin Bijok

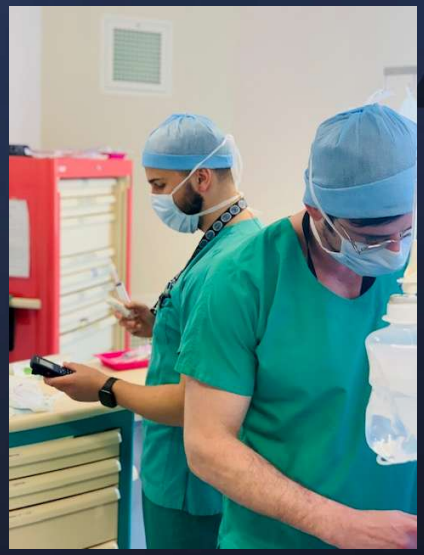
R3.1.1 - Les experts suggèrent que le matériel nécessaire à la prise en charge d'une situation critique soit disposé de façon logique et que son emplacement et agencement soit défini et connu de l'ensemble de l'équipe soignante afin de réduire la fréquence de survenue des événements indésirables graves associés aux soins.
Avis d'experts (accord fort)

R3.2.1 - Les experts suggèrent qu'une formation à l'utilisation d'un nouveau matériel ou d'une interface numérique nécessaire à la prise en charge en situation critique soit systématiquement dispensée à l'ensemble de l'équipe soignante avant sa mise en place afin de réduire la fréquence de survenue des événements indésirables graves associés aux soins.
Avis d'experts (accord fort)

R3.2.2 - Les experts suggèrent également qu'au moins un référent par service soit formé à l'utilisation avancée de ce matériel afin de réduire la fréquence de survenue des événements indésirables graves associés aux soins.
Avis d'expert (accord fort)

Le DJ n’a pas réussi à intuber et vous reprenez la main.
Le patient présente des signes de résistance nécessitant l’approfondissement de l’anesthésie.
Vous demandez alors à votre interne de préparer une seringue de propofol supplémentaire.

Son téléphone sonne:

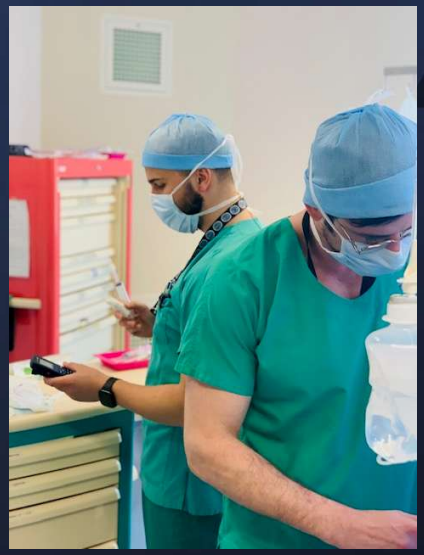


a. Vous lui dites de décrocher

b. Vous lui dites de ne pas décrocher ou d’éventuellement donner le téléphone à quelqu’un d’autre

Le DJ n’a pas réussi à intuber et vous reprenez la main.
Le patient présente des signes de résistance nécessitant l’approfondissement de l’anesthésie.
Vous demandez alors à votre interne de préparer une seringue de propofol supplémentaire.

Son téléphone sonne:



a. Vous lui dites de décrocher

b. Vous lui dites de ne pas décrocher ou d’éventuellement donner le téléphone à quelqu’un d’autre

L’infirmière de bloc opératoire vous interpelle au même moment sur la nouvelle procédure d’appel des patients :

a. Vous lui répondez car vous savez faire deux choses en même temps

b. Vous lui expliquez que ce n’est pas le moment de répondre à cette question

c. Vous en profitez pour lui demander de diminuer le niveau sonore de la musique utilisée lors de l’induction pour détendre le patient

d. La musique ne vous gène pas, au contraire, vous adorez les Kids United …

L’infirmière de bloc opératoire vous interpelle au même moment sur la nouvelle procédure d’appel des patients :

a. Vous lui répondez car vous savez faire deux choses en même temps

b. Vous lui expliquez que ce n’est pas le moment de répondre à cette question

c. Vous en profitez pour lui demander de diminuer le niveau sonore de la musique utilisée lors de l’induction pour détendre le patient

d. La musique ne vous gène pas, au contraire, vous adorez les Kids United …

Interruptions de tâche

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ — SFAR — Le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE ADDENDUM

Interruption de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle

Validé par le Collège le 18 mars 2020



10 IT/H

Plus de 80 % IT non justifiées

Les IT sont causées majoritairement par des professionnels de santé



> 70% de multitâches

Conséquences de IT:

Court terme:

Fatigue attentionnelle: erreurs d'oubli, effet tunnel
Erreurs: IT ↗ d'environ 10% les risques d'erreurs
EIG: IT impliquées dans 20% des EIG *(audit CHU Angers, 2013)*

Long terme:

Stress
Burn out

Westbrook 2010 ; Pape 2005 ; Bretonnier 2020, Shan 2023



R3.4 – Les experts suggèrent que les soignants en situation critique se protègent d'une interruption de tâche, particulièrement pendant les étapes les plus vulnérables de la résolution de la crise, sauf si l'interruption permet de rattraper une erreur concernant la tâche en cours, afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient.

Avis d'experts (accord fort)

R3.5 – Les experts suggèrent que les soignants n'interrompent pas les étapes aboutissant à l'administration d'une thérapeutique en situation critique, afin de réduire la fréquence d'événements indésirables graves associés aux soins.

Avis d'experts (accord fort)

IT technologiques:

- 3 x plus de retard de prise en charge
- + d'EIG
- Charge sur les fonctions exécutives (mémoire, fatigue)



R3.6 – Les experts suggèrent que les soignants accordent, en amont d'une situation de crise attendue ou anticipable, une attention particulière aux sources d'interruption de tâches d'origine technologique (réglages des alarmes de moniteur, sonnerie de téléphones, etc.), afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Avis d'experts (accord fort)

Interruptions de tâche

QUE FAIRE SI JE DOIS INTERROMPRE ?

Avant interruption:	Pendant interruption:	Après interruption:

Étape 1:
L'interruption est-elle **urgente ?**
La tache en cours est-elle **vulnérable ?**

Étape 2:
Je demande si **je peux interrompre?**

Étape 3:
INTERRUPTION
CONCISE
COMPLÈTE
COURTE

Étape 4:
Je rappelle la tâche interrompue









QUE FAIRE SI JE SUIS INTERROMPU ?
(ex : lors d'une administration médicamenteuse)

Contre-mesures à l'interruption:
(*exemple: interruption d'une administration médicamenteuse*)

Interruption d'une tâche vulnérable...

Reporter l'interruption quand possible

Barrières physiques

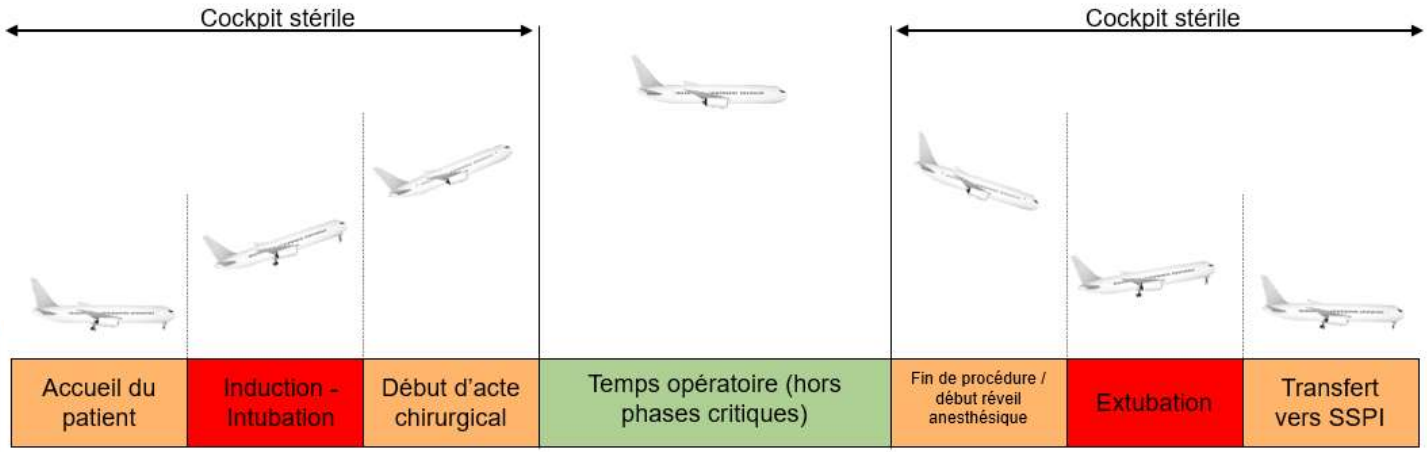
- Chasuble
- zone de non interruption

Barrière cognitive
(effort de fixation)

1. Je garde mon ampoule en main
2. J'effectue un auto-contrôle : nom et concentration du médicament
3. J'effectue un contrôle croisé (avec celui qui m'interromps ou un équipier)
4. Je verbalise « haut et fort » le produit et la dose à l'administration.

interruptions de tâche

Steril Cockpit Rule
Toute activité non essentielle est bannie pendant les phases critiques d'un vol



Aucune communication permise

Uniquement les communications en rapport avec la sécurité des soins

VIGILANCE PENDANT LES QUATRES TEMPS PATIENTS AU BLOC OPERATOIRE
Préparation médicamenteuse
Identité du patient/Côté à opérer
Induction
Time-out **de la** *check-list*
#NOINTERRUPTIONZONE

Après une journée et une garde chargées (vous vous êtes posé à 5h00), le téléphone sonne, il est 7h00 du matin.

Le chirurgien traumato vous propose d'endormir un patient présentant une fracture de coude sans critères de gravité pour avancer la longue liste de patients prévus aujourd'hui…

a. Vous acceptez car ça soulagera l'équipe qui prendra la relève

b. Vous refusez car cela ne vous semble pas raisonnable

Après une journée et une garde chargées (vous vous êtes posé à 5h00), le téléphone sonne, il est 7h00 du matin.

Le chirurgien traumato vous propose d'endormir un patient présentant une fracture de coude sans critères de gravité pour avancer la longue liste de patients prévus aujourd'hui…

a. Vous acceptez car ça soulagera l'équipe qui prendra la relève

b. Vous refusez car cela ne vous semble pas raisonnable

Concernant les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

a. L’altération de la performance cognitive après une garde de 24H est équivalente à une alcoolémie de 1g/L

b. La période de nuit profonde est identifié pour être une période vulnérable

c. L’inertie de sommeil après un réveil soudain en phase de sommeil profond impacte les fonctions cognitives plusieurs dizaines de minutes

d. Lorsque les longues périodes de travail d’affilée s'enchaînent, la détérioration de la perception de fatigue entraîne une illusion de performance

Concernant les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

a. L’altération de la performance cognitive après une garde de 24H est équivalente à une alcoolémie de 1g/L

b. La période de nuit profonde est identifié pour être une période vulnérable

c. L’inertie de sommeil après un réveil soudain en phase de sommeil profond impacte les fonctions cognitives plusieurs dizaines de minutes

d. Lorsque les longues périodes de travail d’affilée s'enchaînent, la détérioration de la perception de fatigue entraîne une illusion de performance

R.3.8 - Les experts suggèrent d'adapter la charge de travail aux effectifs présents, de la répartir parmi les membres de l'équipe et de veiller à son adéquation avec les ressources disponibles, afin de pouvoir faire face à une potentielle situation de crise et de diminuer la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins.

Avis d'experts (accord fort)

R3.7 – Les experts suggèrent de prendre en compte le risque de fatigue des professionnels de santé exposés aux situations critiques et de mettre en place des stratégies organisationnelles collectives et individuelles préventives, afin de diminuer la fréquence des événements indésirables graves associés aux soins.

Avis d'experts (accord fort)



RPP

Facteurs humains en situations critiques

DR BENJAMIN BIJOK
& DR FRANÇOIS JAULIN

SFAR

FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

- Très peu d'études répondant au **critère de jugement** majeur d'importance la plus élevée (i.e. mortalité):
  - **Qualité des soins**
  - **Sécurité des patients**

- **Niveau de preuve** faible des études:
  - observationnelles
  - faibles effectifs
  - **indirectes**: nombreuses en **simulation ++**



MDPI

children

Article

The Effects of an Order-Assist Mobile Application on Pediatric Anesthesia Safety: An Observational Study

Jung-Woo Shim [1], Chang-Jae Kim [2], Ji-Yeon Kim [1], Ji-Yeon Choi [1] and Hyungmook Lee [1,*]

Pediatric Anesthesia

SHORT REPORT

Rapid debriefings following critical incidents in pediatric anesthesiology

Liam Sullivan, Raymond Park, Steven J. Staffa, Joseph Cravero, Amy E. Vinson

First published: 20 December 2022 | https://doi.org/10.1111/pan.14619

Section Editor: Dean Kurth

ELSEVIER

Journal of Surgical Education
Volume 75, Issue 1, January–February 2018, Pages 58-64

Original Reports

Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation

Ibrahim Abd El-Shafy MD *†§, Jennifer Delgado *, Meredith Akerman MS †, Francesca Bullaro MD *, Nathan A.M. Christopherson MBA *§, Jose M. Prince MD *†‡

Received: 16 November 2020 | Accepted: 23 November 2020

DOI: 10.1111/pan.14092

Pediatric Anesthesia WILEY

EDITORIAL

Error traps and culture of safety in pediatric anesthesiology

Système et organisation: ANALYSE

Prévention des erreurs futures en s'attaquant aux **contributions latentes du système**.









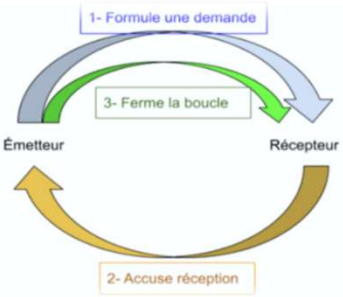
Equipe: ENTRAINEMENT - SIMULATION

Mémo briefing

C'est quoi ?	Temps d'échange d'information bref entre les membres d'une équipe sur l'organisation des soins et les risques éventuels
Pourquoi ?	↘ Se préparer collectivement à l'action ↘ Anticiper les situations à risque et les actions préventives
Quand ?	↘ En début de journée avant le début des soins au moment où tous les soignants sont disponibles ↘ Peut être réalisé lors de changement d'équipe ↘ Avant la réalisation d'un acte/d'une activité
Où ?	Rassembler les professionnels dans la salle de soins
Qui anime ?	↘ Le cadre du service ↘ Un des membres de l'équipe
Qui participe ?	L'ensemble des catégories professionnelles de l'équipe
Les questions	↘ Liées aux personnels : qui est là, l'effectif est-il complet ? Répartition des tâches, qui fait quoi, quand ? Comment ça va ? ↘ Liées aux situations à risque : comment se présente la journée de travail ? Avez-vous quelque chose à signaler ? (en termes de charge de travail, d'équipements, de dispositifs médicaux, lié à un patient et/ou son entourage, etc.) ➲ Que décide-t-on pour anticiper les problèmes ? Qui fait quoi ?
Conclusion	↘ Remerciements ↘ Demander si quelqu'un veut compléter ↘ Reformulation par rapport aux décisions ↘ Rappeler le prochain briefing

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/memo_briefing.pdf





S — Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A — J'indique les **antécédents** utiles, liés au contexte actuel :
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : … **Ses allergies sont** : …
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : … **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E — Je donne mon **évaluation** de l'état actuel du patient :
Je pense que le problème est : …
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

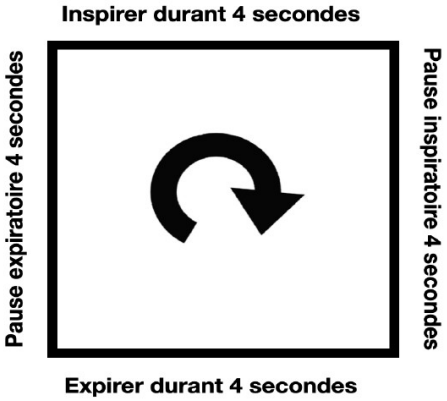
D — Je formule ma **demande** (d'avis, de décision, etc.) :
Je souhaiterais que : …
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit **reformuler** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **conclure** par **sa prise de décision.**

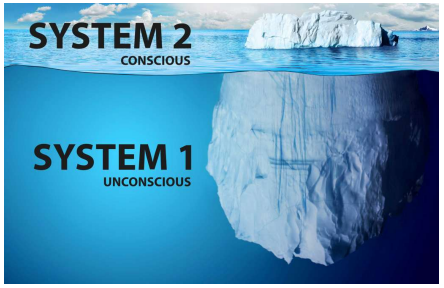
Individu: AUTOEVALUATION

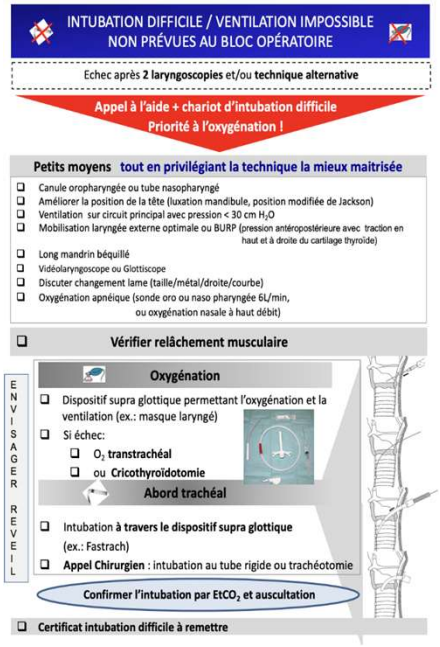
Stress – fatigue – Biais cognitif – Connaissances – Compétences

Agilité – Adaptation – Capacité d'apprentissage - Expérience







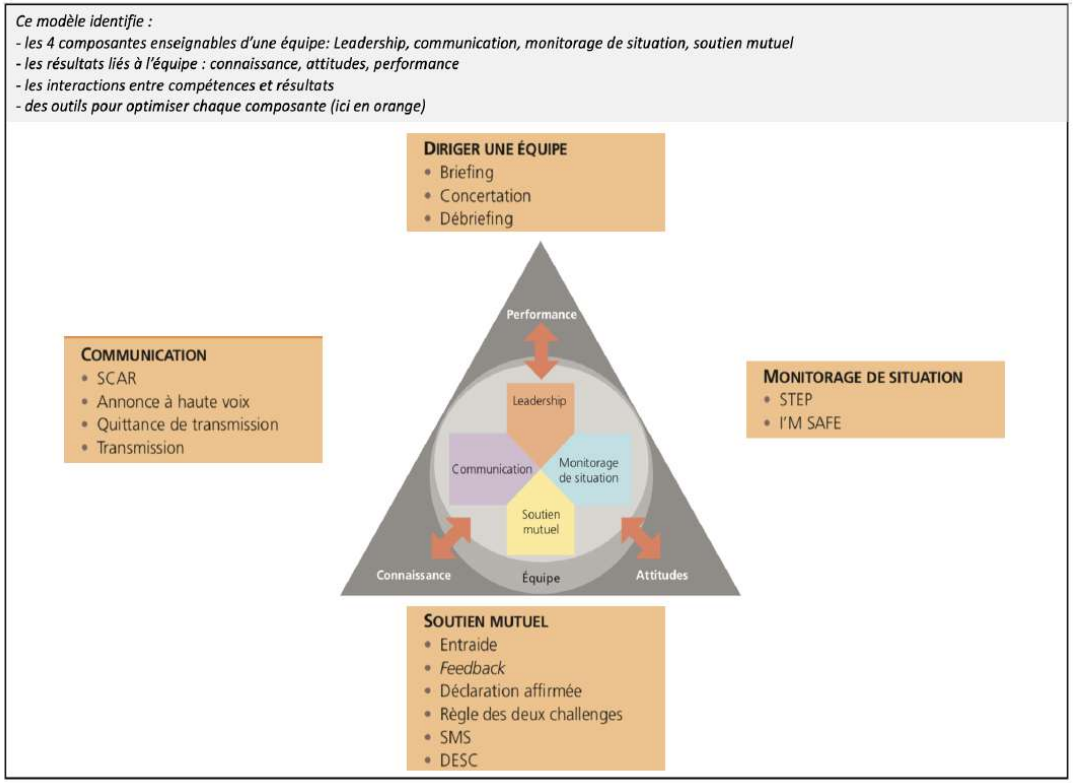


Conclusion

Diminuer l'incidence des erreurs et mieux les récupérer en réfléchissant le système centré sur l'humain.

4 leviers d'application dans nos pratiques:

- Mesures organisationnelles
- Formation en équipe (simulation, FHS)
- Diffusion et utilisation des outils (aides cognitives, SAED…)
- Autoévaluation



MERCI DE VOTRE ATTENTION

