
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #001 - octobre 2016



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**



ANESTHESIA SAFETY NETWORK

INTRODUCTION

Un grand merci à vous tous pour avoir contribué à cette première newsletter. J'espère qu'elle répondra à vos attentes. La critique est un cadeau donc n'hésitez pas à m'adresser des propositions et remarques à partir du formulaire de contact.

En 3 mois, un peu plus de 360 IADE et médecins anesthésistes se sont inscrits avec

une cinquantaine de rapports réalisés. Vous êtes les ambassadeurs de ce projet et je compte sur vous pour le diffuser à vos collègues. L'anonymat et la bienveillance dans la rédaction des cas cliniques sont les maître-mots de cette plateforme.

La pérennisation de cette plateforme est basée sur la recherche de nouveaux soutiens issus des organisations professionnelles des IADE et anesthésistes (public et libéral) francophones et européens. Des contacts sont en cours avec la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) et la société européenne d'anesthésie (ESA).

La lecture de ces cas doit vous inciter à rapporter vos incidents afin de passer du statut d'observateur à celui d'acteur pour améliorer la qualité des soins que nous délivrons à nos patients.

Dans un article paru très récemment (1), les auteurs expliquaient l'évolution de la sécurité des soins au cours des dernières décennies sous formes de vagues successives. En effet, les progrès techniques, puis la standardisation des procédures ont permis un gain significatif en terme de qualité et de sécurité

des soins. Pour Pronovost et ses collègues, la prochaine vague d'innovation doit porter sur la mise en place dans la santé d'organisations de haute fiabilité au sein desquelles le comportement humain joue un rôle primordial. Ces retours d'expérience (REX) sont une des briques. Ils nous permettront, à l'instar de l'aviation civile, d'améliorer notre expertise en appréhendant mieux les failles de nos raisonnements participant ainsi à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.

LA LECTURE DE CES CAS DOIT VOUS
INCITER À RAPPORTER VOS INCIDENTS
AFIN DE PASSER DU STATUT D'OBSERVATEUR À CELUI D'ACTEUR POUR
AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS QUE
NOUS DÉLIVRONS À NOS PATIENTS.

Merci à Christian MOREL pour le soutien à ce projet. Ses ouvrages (2, 3) ont été un catalyseur essentiel pour la genèse de cette plateforme. Merci également au Docteur Thomas LOPES pour son aide précieuse et son enthousiasme permanent. Pour cette première newsletter, j'ai demandé à Claude VALLOT (ancien chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Bretigny sur Orge et consultant facteurs humains senior chez DEDALE) d'avoir la gentillesse d'écrire ce paragraphe d'introduction. Il a répondu favorablement et je l'en remercie chaleureusement. Par son expertise, ses suggestions de lecture et les contacts qu'il m'a donné, il m'a permis de mieux appréhender la compréhension des processus de décisions en situation de stress.

EDITORIAL

La vraie question n'est pas que l'erreur soit humaine. Tout le monde est prêt à admettre cette généralité tant qu'elle reste impersonnelle.

Le vrai problème est que des erreurs seront commises n'importe quand, par n'importe lequel des acteurs liés, de près ou de loin, à ces interventions car de nombreux facteurs contribuent à ce qu'il en soit ainsi.

L'aéronautique a chiffré cette omniprésence : 5 erreurs par heure pour des experts pilotes (4).

Alors, peu importe l'heure, peu importe les circonstances, peu importe les personnes et leurs contraintes : des erreurs seront commises et il sera toujours possible de dénicher un élément candidat à leur explication rétrospective. Cette tentation est qualifiée de biais rétrospectif - insight biais (5) : puisque l'événement est survenu, il doit avoir une explication dont le traitement évitera qu'il se reproduise. Mais rien n'en garantit la valeur explicative ; et les combinaisons de circonstances sont infinies...

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas chercher à comprendre ce qui s'est produit. Mais l'analyse doit porter essentiellement sur les barrières et défenses qui ont été défailtantes pour que cet événement survienne.

La lucidité doit être là car il n'y a pas de monde sans stress, ni énervement, ni fatigue, ni pressions économiques ou, encore, sans débutant ou remplaçant.

Lesquelles des barrières ont été rendues inopérantes par contournement, inhibition ou insuffisance ?
Lesquelles n'existaient pas ?

L'ANALYSE DOIT PORTER
ESSENTIELLEMENT SUR LES
BARRIÈRES ET DÉFENSES QUI ONT
ÉTÉ DÉFAILLANTES POUR QUE CET
ÉVÉNEMENT SURVIENNE.

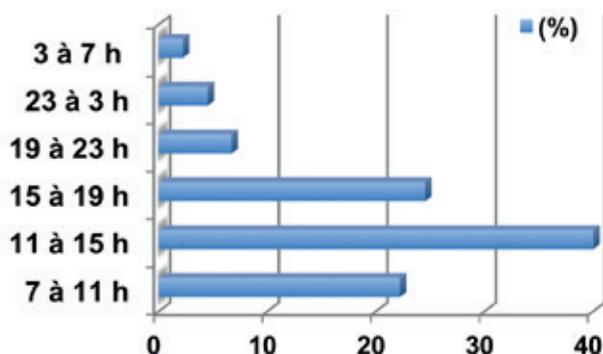
Claude VALOT Ancien chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Bretigny sur Orge et consultant facteurs humains sénior chez DEDALE.

DONNÉES DESCRIPTIVES

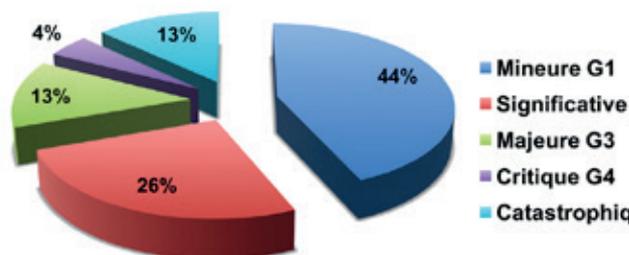
J'attire votre attention sur le fait que ces données sont uniquement tirées de l'analyse des 56 cas déclarés et ne permettent de tirer aucune conclusion. J'ai souhaité cependant donner quelques chiffres afin de faire une cartographie des événements déclarés au fil du temps.

En 3 mois, 56 cas ont été rapportés (14 par des IADE; 42 par des MAR). Les événements sont survenus majoritairement pendant la période peropératoire (60 %) et en préopératoire (26 %). Parmi les cas déclarés en peropératoire, 86,7 % avaient lieu entre 7 h et 19 h (7h-11h: 22,2 % ; 11h-15h: 40 % ; 15h – 19h: 24,5 %) (figure 1). La part des événements majeurs, critiques et catastrophiques représentait 30,4 % des incidents rapportés (figure 2). La fatigue ressentie et la pression de production étaient rapportées comme les principaux facteurs favorisants suivis par les problèmes de communication (transmission, conscience de la situation, partage d'information).

PÉRIODE HORAIRE DE SURVENUE DE L'ÉVÈNEMENT



GRAVITÉ DE L'ÉVÈNEMENT



DECES EN POST OPERATOIRE IMMEDIAT

Patiente de 91 ans présentant un rétrécissement aortique serré, démente, ininterrogeable et agitée. Opérée sous AG 1 mois avant pour fracture du coude avec AG « houleuse » (conclusion après discussion avec premier anesthésiste). Besoin de reprise pour désunion cicatrice. Passée en consultation d'anesthésie préopératoire sans accompagnant ni dossier complet. L'anesthésiste de consultation refuse de la voir dans ces conditions et propose qu'elle soit revue la veille en préopératoire. En fait, la patiente est admise au matin du bloc. Le chirurgien est pressé. Après une lecture rapide du dossier et du protocole anesthésique de la précédente intervention, réalisation d'une nouvelle AG. Collapsus avec désamorçage à l'induction pendant 5 minutes. Réalisation d'une titration par adrénaline (bolus IVD de 100 microg x 3). Remplissage par 1000 cc de cristalloïdes. Récupération d'une hémodynamique et annulation de la chirurgie puis transfert en salle de réveil. Extubation impossible avec OAP asphyxique. Information de famille. Patiente décédée dans l'après midi en chambre.

Conclusion du déclarant :

L'absence de consultation d'anesthésie programmée en présence de la famille de la patiente n'a pas permis la prise de conscience nécessaire de l'état physiologique (ASA IV) conduisant à une prise en charge inadaptée. La pression temporelle du chirurgien a empêché le bon déroulement de la check list et le recueil des informations critiques. Le premier anesthésiste aurait dû organiser la consultation préopératoire avec le chirurgien et la famille.

MOTS CLES: communication / productivité / conscience / situation

REFUS D'EXPOSITION AU RISQUE

Découverte en consultation d'anesthésie de la prise en charge le même jour de trois frères triplés ne parlant pas. Intervention sur des organes pairs : orchidopexie (augmentant le risque d'erreur de côté). Les trois enfants ont une ressemblance parfaite. Au programme opératoire, la fratrie est opérée dans la même salle et surtout l'un à la suite de l'autre ! Décision : appel de la chef de bloc pour organiser une prise en charge du deuxième patient après la sortie du bloc de son frère. Annulation du troisième enfant afin de réduire le risque d'erreurs (côté, identification, prescriptions...). Les parents confient qu'ils appréhendaient le fait de s'occuper de leurs trois enfants dans les suites opératoires.

Conclusion du déclarant :

Ce cas illustre le besoin de déclarer à « voix haute » son inconfort dans certaines situations afin de refuser de s'exposer à un risque inutile. De même, le chirurgien préjugait du souhait des parents de pratiquer la chirurgie sur les trois enfants le même jour alors que les parents n'osaient pas dire leur inquiétude quant à la gestion postopératoire en ambulatoire.

MOTS CLES : stratégie / éviction du risque

DISTRACTION AU BLOC OPERATOIRE

De retour de weekend, lors de la première intervention du lundi, discussion sympathique et animée au cours de l'induction anesthésique d'un patient ASA 1 nécessitant une intubation oro-trachéale. Immédiatement après l'intubation orotrachéale, épisode de violente toux avec arrivée en renfort de l'IBODE pour éviter une chute de la table opératoire. L'anesthésiste découvre que la seringue de curare pleine était branchée sur la perfusion sans avoir été administrée. Le curare est alors administré et l'anesthésie est approfondie. Les suites sont simples.

Conclusion du déclarant :

L'attention de l'anesthésiste était focalisée sur sa discussion empêchant le bon déroulement de l'induction anesthésique. Le silence et le calme lors d'une induction sont essentiels pour le patient et l'équipe soignante permettant d'éliminer toutes les sources de distraction extérieures (téléphone, musique...). L'industrie aéronautique parle de « cockpit stérile » lors des phases critiques.

MOTS CLES : distraction / cockpit stérile

ECHEC D'UNE ANESTHESIE LOCO-REGIONALE EN SEMI-URGENCE POUR CESARIENNE

Décision de césarienne en code vert à 21 h pour stagnation du travail avec anomalies du rythme cardiaque foetal minimes chez une primipare bénéficiant d'une analgésie péridurale dont l'efficacité analgésique diminuait. Anesthésiste de garde occupé au bloc opératoire central pour choc septique sur péritonite. Appel du médecin d'astreinte en renfort. Après 45 minutes d'attente en salle de césarienne, l'anesthésiste de garde induit l'anesthésie péridurale sans efficacité réelle. Patiente douloureuse dès l'incision (EN douleur rapportée à 10 mais crainte de l'anesthésie générale dans ces conditions). Elle déclarera lors de l'entretien : « J'aurais souffert pour un accouchement voie basse ». Le gynécologue est conscient de la souffrance de la patiente mais ne souhaite pas attendre du fait de l'attente prolongée. Poursuite de l'intervention sans réaliser d'anesthésie générale. Suites chirurgicales simples en post partum. Pas de notion de stress post traumatique mais volonté de la famille que ce cas serve d'exemple afin de faire progresser l'institution.

Conclusion du déclarant :

Ce cas souligne l'absence de communication entre le gynécologue et l'anesthésiste. Pas d'information donnée à la patiente. L'inefficacité de l'anesthésie constatée n'a pas permis une prise de conscience de la situation par les soignants qui se sont focalisés sur « sortir l'enfant » (tunnélisation). L'absence de conversion de l'anesthésie péridurale peut être rapportée à la peur de rencontrer un nouvel échec (biais d'omission)

Mots clés : erreur de fixation / gestion / échec

DISTRACTION EN PRE HOSPITALIER

Prise en charge SMUR d'une patiente victime d'un AVP en début de vacation le matin. Patiente de 32 ans, incarcérée dans sa voiture avec suspicion de trauma crânien au bilan pompier suite à une collision avec un arbre. Patiente inconsciente d'emblée. Préparation du matériel pour abord veineux, intubation, et ventilation mécanique. Perfusion par IADE et réalisation d'une mesure d'hémoglobine. Inclusion également dans un protocole de recherche nouveau avec monitoring strict de nombreux paramètres. Intubation dans l'UMH. Une ordonnance d'insuline retard est retrouvée dans les documents de la patiente. Le dextro réalisé alors est de 1,2 mmol/l. Après correction de l'hypoglycémie et réalisation du bilan scannographique normal, la patiente se réveillera en réanimation avec des suites simples.

Conclusion du déclarant :

Ce cas souligne l'importance des distractions et de la tunnélisation focalisant l'attention des intervenants sur le nouveau protocole de recherche. Les connaissances théoriques sont présentes mais l'équipe a été focalisée sur l'exécution d'une tâche (inclusion d'une patiente) plutôt que sur une prise en charge hiérarchisée.

MOTS CLES : *distraction / check list / fiche cognitive*

DIFFICULTE D'INTUBATION ET PARTAGE D'INFORMATION

Un patient présente en consultation des critères cliniques d'intubation difficile. Il ne rapporte pas à l'anesthésiste des difficultés particulières lors d'interventions précédentes. Le jour du bloc, le même anesthésiste procède à une AG sans précaution particulière. L'intubation sera finalement réalisée après 3 tentatives et le recours à un vidéo-laryngoscope avec un mandrin long béquillé « plié ». Il n'y a pas d'incident rapporté. En discutant avec le patient lors de la remise du certificat d'intubation difficile, le patient rapporte des souvenirs de difficulté avec notion de réveil non évoqué en consultation d'anesthésie alors que des questions générales sur d'éventuels incidents lors de précédentes anesthésies générales avaient été posées.

Conclusion du déclarant :

Le déclarant a été surpris par la discordance entre les souvenirs rapportés par le patient en postopératoire et les informations données par ce même patient en préopératoire. Il suspectait déjà une intubation difficile et pour lui, il aurait dû utiliser des questions moins générales et plus axées sur l'intubation. La façon de poser une question peut orienter la réponse. Le jour de la consultation, il était en retard et devait enchaîner avec le bloc opératoire. Enfin, cela souligne également le besoin de partage d'information entre le patient, l'anesthésiste et ses confrères.

MOTS CLES : *communication / productivité*

SURESTIME DE SOI

Après chirurgie lourde ayant duré 9h, succession de deux interventions courtes chez le mari puis la femme arrivant de l'étranger. Découverte dans le dossier du mari du bilan sanguin de la femme sans incident particulier. Lors de la check-list faite dans le sas du bloc opératoire avec la femme déposée par le brancardier sans surveillance, la patiente était très somnolente avec des antécédents de diabète. Initialement, la fatigue était attribuée au jet lag. En fait, ils étaient en France depuis 10 jours. Le dextro fait à 12h était normal mais depuis pas de contrôle et à jeun depuis 8h. Réalisation d'un dextro à 0,6 g/l (18h) => pose de VVP, 20 cc de G30% IVD et passage en salle de réveil pour surveillance avant intervention. Contrôle de dossier sur patiente éveillée. Grande satisfaction d'avoir récupéré une erreur. AG

réalisée et administration de paracétamol et nefopam pour analgésie perop. Découverte que la patiente était épileptique (noté sur dossier d'anesthésie) après fin administration néfopam IV.

Conclusion du déclarant :

La confiance excessive et la fatigue ont conduit le praticien à administrer du nefopam qu'il n'aurait pas fait en temps normal. La fin de journée est une période à risque avec une vigilance amoindrie. Le point positif a été de sortir du raccourci cognitif (étranger -jetlag) pour faire le diagnostic d'hypoglycémie.

MOTS CLES : *surestime de soi / fatigue*



ERREURS MEDICAMENTEUSES

Deux erreurs d'injections médicamenteuses survenant sur la période allant de 23h à 7 h.

Le premier cas rapporte une injection de succinylcholine en intrathécal. L'ampoule était présente dans un plateau pour réaliser la rachianesthésie (césarienne en urgence). L'équipe anesthésique était composée d'un anesthésiste et d'un IADE (confusion avec l'ampoule de sufentanil). Aucune conséquence grave n'a été rapportée.

Le deuxième cas concerne la gestion d'une péridurale analgésique en USC. L'IDE intérimaire signale à l'anesthésiste que le cathéter est bouché. Injection de sérum salé hypertonique au lieu de sérum salé à 0.9% pour le déboucher. L'IDE ne connaît pas la structure et ne trouve pas le bon produit. L'anesthésiste va le chercher alors qu'elle ne prépare habituellement aucune seringue en USC. Aucune conséquence mais vécu stressant pour anesthésiste et l'IDE.

Conclusion du déclarant :

Ces deux cas surviennent sur la période de 23 h à 7h avec une vigilance moindre. Les mots clés utilisés dans ce cas « peur, solitude » permettent de mieux comprendre le sens de « deuxième victime » et le besoin d'en parler. Dans le second cas, il y a un transfert de tâche entre l'IDE intérimaire et l'anesthésiste pour aller chercher un médicament. L'énervernement et la fatigue ont pu également contribuer à cet évènement.

MOTS CLES : peur / solitude / erreur / fatigue

INCONFORT ET PEUR DU JUGEMENT

Un IADE doit prendre en charge un patient devant bénéficier d'une angioplastie. La prise en charge de ce type de geste n'avait jamais été réalisé par l'IADE. L'anesthésiste présent initialement propose une sédation avec des drogues inhabituelles pour l'IADE (« cocktail de Sufenta+Ketalar+Hypnovel+Propofol ») à utiliser en titration. Il est entre 11 h et 15 h. Peu rassuré (patient ASA3 et mallampati 3...), l'IADE débute le geste avec l'anesthésiste avant de se retrouver tout seul. L'IADE demande au chirurgien s'il faut un bolus d'héparine et ce dernier répond : « pas tout de suite ». Le geste est prolongé car le chirurgien rencontre des difficultés (matériel,...). Oubli du bolus d'héparine. Deux heures après la fin du geste, le patient est repris pour ischémie du membre inférieur. L'IADE réalise alors que le patient n'avait pas eu d'héparine en peropératoire.

Conclusion du déclarant :

Le déclarant rapporte qu'il était mal à l'aise avec le protocole anesthésique et la procédure chirurgicale qui étaient nouvelles pour lui. Il n'a pas osé le dire à l'anesthésiste et s'est retrouvé seul face à un chirurgien focalisé sur les problèmes de matériel qui a omis de demander le bolus d'héparine peropératoire. Les difficultés chirurgicales n'ont pas encouragé l'IADE à s'exprimer sereinement. L'anesthésiste n'a pas laissé la possibilité à l'IADE de se sentir libre de s'exprimer.

MOTS CLES : peur du jugement / solitude / culpabilité

LE DÉCLARANT RAPPORTE QU'IL ÉTAIT MAL À L'AISE AVEC LE PROTOCOLE ANESTHÉSIQUE ET LA PROCÉDURE CHIRURGICALE QUI ÉTAIENT NOUVELLES POUR LUI. IL N'A PAS OSÉ LE DIRE À L'ANESTHÉSISTE.

REPRISE POUR SEPSIS POSTOPÉTOIRE

Patiente opérée d'une sleeve après ablation d'anneau gastrique. Le samedi (J+2), douleur abdominale motivant un TDM abdominal retrouvant un épanchement liquidien intra abdominal. Décision de coelioscopie exploratoire en urgence. Reprise vers 13 h avec un chirurgien et l'aide opératoire pressés. Patiente mise en salle d'intervention sans surveillance en attendant que l'intervention orthopédique en cours se termine. L'anesthésiste découvre la patiente en sueur, asthénique non scopée et surveillée par le brancardier. Pas d'abord veineux. Transfert en SSPI pour abord veineux et conditionnement en vue de l'intervention. Discussion ferme avec le chirurgien.

Conclusion du déclarant :

L'absence de prise de conscience de l'état clinique de la patiente a conduit le chirurgien à une prise de risque inconsidérée. L'anesthésiste n'a pas demandé explicitement que la patiente soit surveillée en préopératoire en SSPI. L'aide opératoire souhaitait faire avancer le programme et rentrer chez lui ainsi que l'IBODE de garde. Un point de situation aurait pu être fait avec le chirurgien lors de l'annonce de reprise en présence des intervenants avant l'arrivée au bloc de la patiente.

MOTS CLES : communication / productivité / conscience / situation



ARRETS CARDIAQUES AU BLOC OPERATOIRE

DEUX ARRÊTS CARDIAQUES SONT RAPPORTÉS.

1. Le premier est survenu au moment du lâchage de garrot posé pour une fracture de plateau tibial chez un patient sous rachianesthésie. Lors de l'intubation, le patient avait toujours ses prothèses dentaires amovibles : Les vérifications d'usage n'avaient pu être faites correctement en raison de la pression chirurgicale pour augmenter le « rendement » de la salle (planning opératoire très lourd). La pression de production est mise en avant une nouvelle fois avec l'oubli de réalisation des vérifications de « routine » sur la période horaire entre 11 h et 15 h. Le déclarant se sentait fatigué.

2. Le second cas est malheureusement relativement succinct dans sa description. Il s'agit d'un choc anaphylactique lors d'une crush induction chez un patient bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. La RCP est réalisée sans succès conduisant au décès du patient. Au-delà de cette

situation, le déclarant IADE rapporte des gros problèmes de communication sans les détailler. Ces problèmes sont malheureusement fréquents dans ce type d'évènement rare rendant plus complexe encore l'adhésion aux recommandations.

Conclusion du déclarant :

1. La pression de production a conduit à une désorganisation de la prise en charge initiale de cette situation critique.

MOTS CLES : fatigue / productivité

2. La bonne communication au sein de l'équipe médicale est un élément crucial en situation de crise (Crisis Resource Management : CRM).

MOTS CLES : fatigue / communication

CONCLUSION A RETENIR

- Cockpit stérile lors des phases critiques
- Point de situation (SAED: situation, antécédents, évaluation, demande)
 - Parler à voix haute et intelligible pour manifester son inconfort
 - Résister à la pression de production

Biblio :

1. Amir A. Ghaferi
Christopher G.
Myers Kathleen
M. Sutcliffe Peter
J. Pronovost. The
Next Wave of
Hospital Innovation
to Make Patients
Safer. Harvard
Business Review.
August 08, 2016
– <https://hbr.org/2016/08/the-next-wave-of-hospital-innovation-to-make-patients-safer>

2. Les décisions absurdes I : sociologie des erreurs radicales et persistantes. Christian MOREL. Collection Bibliothèque des Sciences Humaines – Gallimard 2002.

3. Les décisions absurdes II : Comment les éviter ? Christian MOREL. Collection Bibliothèque des Sciences Humaines – Gallimard 2012.

(4) René Amalberti. 2001. La conduite des systèmes à risques. PUF. Paris

(5) Sidney W. A. Dekker. 2004. Ten Questions About Human Error: A New View of Human Factors and System Safety. Lawrence Erlbaum A