

EDITO

L'erreur est humaine mais agir pour améliorer la sécurité des soins est primordial.

Un article publié en mai 2016 (1) rapportait que les erreurs médicales représentaient la 3^{ème} cause de mortalité aux USA avec environ 251000 décès par an.

Le retour d'expérience est un des piliers de la sécurité dans les industries à haut risque. Il est temps de partager ensemble nos expériences. Une publication récente de la NHS rapportait que 95 % des incidents n'étaient pas déclarés (2).



Depuis le lancement de la plateforme www.anesthesiasafetynetwork.com, plus de 200 soignants se sont inscrits. Plusieurs dizaines de rapports ont été enregistrés.

En attendant la première newsletter qui fera la synthèse de 3 mois de déclarations avec une mise en page plus attrayante, 3 incidents sont rapportés ci-après. Merci de partager avec le plus grand nombre de vos collègues l'adresse de cette plateforme et de contribuer activement à la base de données en rapportant vos incidents.

Ensemble, faisons reculer l'impact de ces incidents sur la sécurité des patients. Nous sommes tous concernés !

ANESTHESIE GENERALE PROGRAMMEE

Début d'après-midi au bloc opératoire. Programme chargé et retard d'une heure. Patient précédent opéré d'une prostatectomie robot et transféré en SSPI pour réveil. Décision d'ouvrir une autre salle pour ne pas perdre le temps nécessaire au rangement et au nettoyage de la salle d'opération et faire un autre patient dans une autre salle en attendant. Une fois la salle nettoyée, reprise du programme en salle avec nouvelle anesthésie générale vers 17h chez un patient ne parlant pas français. Mise en place du masque pour la préoxygénation posé sur le visage et tenu par le patient chez un malade scopé. Avant l'injection des

médicaments anesthésiques, le patient hypoventile sans désaturation. Le praticien constate une odeur de sévoflurane et découvre que la cuve de sévoflurane était restée ouverte et donc fonctionnelle lors de la mise en route du respirateur.

Conclusion du déclarant :

La pression de production a conduit l'anesthésiste à tourner sur 2 salles avec une moindre vigilance lors de l'induction chez un patient ne parlant pas français. Le respirateur a pu être éteint avec la cuve de sévoflurane ouverte.

CESARIENNE SOUS RACHIANESTHESIE

Dimanche 22h en garde. Césarienne décidée en dehors du travail pour anomalie du RCF. Activité faible en maternité mais fatigue du déclarant rapportée par ce dernier réveillé la veille en pleine nuit par IDE alors qu'il n'était pas de garde. Dossier remis en main propre par la sage femme à l'anesthésiste seul sans IADE avec vérification de la présence des documents nécessaires à la césarienne (carte de groupe,...). Une seule patiente en salle. Le dossier est contrôlé sans jamais vérifier l'identité de la patiente. L'anesthésiste se rend compte qu'il n'a pas vérifié l'identité une fois qu'il a réalisé la rachianesthésie. La check-list avait été faite partiellement par chaque intervenant.

Conclusion du déclarant :

Nécessité de réaliser la check-list de façon stricte en équipe (IBODE, Sage Femme, chirurgien, anesthésiste) afin de valider les points essentiels.

ANESTHESIE GENERALE PROGRAMMEE

Chirurgie du membre inférieur entre 15 et 19h avec pose d'un garrot pneumatique chez un patient porteur d'un stent fémoral notifié sur le dossier d'anesthésie. Patient endormi par un anesthésiste puis surveillé par un autre. Au réveil, ischémie du membre inférieur avec transfert en chirurgie vasculaire en urgence.

Conclusion du déclarant :

Nécessité de réaliser la check-list de façon stricte en équipe (IBODE, IADE, chirurgien, anesthésiste) afin de valider les points essentiels. Communication et lecture du dossier. Tout nouvel intervenant prenant en charge le patient doit prendre connaissance du dossier médical.

POUR PROGRESSER

- Check-list à faire systématiquement
- Résister à la pression de production
- Communiquer entre tout nouvel intervenant prenant en charge un patient

Références :

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016 May 3;353:i2139.
2. Shojania KG. The frustrating case of incident-reporting systems. Qual Saf Health Care. 2008 Dec 1;17(6):400-2.

