
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #011 - avril 2019



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**

Clef établissement

INTRODUCTION

COMMENCER

Anesthesia Safety Network
Newsletter #011 - avril 2019

Nous sommes très heureux de vous annoncer qu'ANESTHESIA SAFETY NETWORK va mettre en ligne sa plateforme d'e-learning permettant d'accéder à des outils de formation sous forme de serious game. Cet outil a été créé afin de promouvoir, par le jeu, la qualité et la sécurité des soins. De plus, cela va nous permettre de continuer à vous offrir, gratuitement et sans publicité, des newsletters que nous espérons de qualité. Dans le même temps, nous menons une campagne de financement participatif. Il vous reste 48 h ... https://fr.ulule.com/securete_des_soins/

Vous entendez tous les jours parler d'innovation, de Deep Tech, de Bigdata, d'IA... mais pas encore assez souvent de travail en équipe. Or, c'est sans doute l'une des innovations les moins onéreuses et parmi les plus prometteuses en médecine.

Depuis 20 ans, les constats s'accumulent sans que nous y ayons prêté attention. Une nouvelle maladie est apparue de façon silencieuse : "l'erreur médicale". Si nous n'y prêtons pas attention, elle menacera à court terme notre Système de Santé. Il ne s'agit pas de pointer du doigt les soignants mais plutôt de prendre conscience de notre faillibilité. Pour inverser cette tendance, il faut donc s'intéresser à l'être humain.

UNE INNOVATION N'EST PAS FORCÉMENT
UNE PROUESSE TECHNIQUE OU UN NOUVEAU
MÉDICAMENT AUX EFFETS IMMÉDIATS.

Atul Gawande lors d'une conférence au congrès de l'ASA de Boston en 2017 soulignait (en parlant de la check-list chirurgicale) la difficulté de faire adopter une innovation dont les résultats ne sont visibles qu'à l'échelle de la population. Il comparait la mise en place de la checklist chirurgicale et son implémentation tonitruante, à l'adoption quasi immédiate du Viagra par les patients en 1998 créant du jour au lendemain une file d'attente devant le cabinet de son père urologue. Les preuves de l'efficacité de la check-list sont documentées depuis 2009. Est-elle pourtant acceptée et demandée par les soignants ? Non. Et pourquoi ? Pas de résultat palpable à très court terme.

EST-IL NÉCESSAIRE D'AVOIR FAIT UNE ÉTUDE RIGOREUSE POUR VALIDER LES BÉNÉFICES D'UNE LISTE DE COURSE AFIN DE NE RIEN OUBLIER AU SUPERMARCHÉ ?

L'innovation que nous attendons tous est là, devant nos yeux, depuis des années : le travail en équipe. Les compétences qu'il nécessite doivent être enseignées à tous les soignants dès leur formation initiale. Son efficacité sur la sécurité des soins est majeure ! Notre capacité à travailler en équipe en incluant les patients et leur famille est essentielle. En équipe, nous interagissons et détectons plus précocement une situation pouvant se dégrader. D'ailleurs, quoi de mieux qu'une équipe pour palier à ses erreurs, une équipe avec un objectif commun, une équipe dont les membres communiquent de façon sécurisée, se surveillent réciproquement avec un leader bienveillant et des partenaires efficaces capables de s'exprimer sans peur des reproches.

L'équipe est également un excellent moyen pour améliorer la qualité de vie au travail. A une époque où la détérioration de la qualité de vie au travail des soignants conduit à des dépressions, des burn-out et des suicides, la solution repose probablement sur cette équipe de soignant. La simulation en santé, le partage d'expérience, la bonne utilisation d'outils tels que la checklist chirurgicale de l'OMS permettent d'améliorer la coordination, la coopération, la communication.

Le développement du travail en équipe représente une avancée historique, et nous sommes tous porteurs à notre niveau de cette innovation.

Pour finir un grand merci à tous ceux qui ont contribué à cette newsletter : anonymes et ceux qui ont signé certains articles. Si vous souhaitez y participer, écrivez-nous !

Bonne lecture
Frédéric Martin



Avec la permission de Robert Hackett - #THEATRE CAP CHALLENGE <https://www.psnetwork.org/> (Patient Safe Network)

J'ai échangé avec Robert Hackett, anesthésiste senior Australien et webmaster de <http://www.psnetwork.org/>. Ce site partage des initiatives originales en matière de sécurité des soins (par exemple le #TheatreCapChallenge). Nous évoquons l'innovation en sécurité des soins et il m'a fait ce constat que je vous partage :

« Il existe tout un domaine de la science de la sécurité qui n'a pas encore été adopté à un niveau significatif dans le domaine des soins de santé. La science de l'ergonomie des facteurs humains attend d'imprégner l'ensemble des soins de santé.

Les structures actuelles de gouvernance des soins de santé résistent généralement au changement, en particulier lorsque ce changement facilite le travail des acteurs de première ligne. Nous sommes plus susceptibles d'accepter la complexité, par exemple la chirurgie robotique, quel que soit l'avantage qu'elle apporte aux soins aux patients, car elle donne aux individus et aux établissements un avantage concurrentiel sur leurs pairs. Ils sont perçus comme un moyen de faire progresser la réputation.

La simplification des interfaces de travail ne l'est pas... Enfin, pas encore ! Il faudra le dévouement et la passion d'un grand nombre de personnes, en particulier le personnel de première ligne, les patients, les experts en sécurité des systèmes et d'autres, pour appliquer la science des facteurs humains aux soins de santé. Ce n'est qu'à partir de ce moment que nous verrons une amélioration des soins aux patients. »



#Theatre-CapChallenge
Une partie des équipes du bloc opératoire de l'hôpital Necker-enfants malades.
Photographe: Clément Alméras

Sur son site, il rapporte des cas de confusion dans les rôles et qualifications de chacun ? Certaines situations sont sans conséquences, d'autres peuvent conduire à des dommages sévères voire des décès de patient. C'est le cas d'une patiente décédée au début des années 2000, à la suite de l'absence de vérification de la compatibilité des culots globulaires transfusés avec son groupe sanguin <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/643329.stm>. Les culots avaient été demandés par un anesthésiste arrivé récemment dans la structure au cours d'une chirurgie pour un anévrisme intracrânien. Ils avaient été ramenés par un brancardier que l'anesthésiste avait identifié comme une infirmière ayant vérifié les poches de sang.

C'est pas la peine de lire car...
C'est pas la peine de vérifier, car...
C'est pas la peine d'attirer l'attention, car...

Ces tentations de facilité et de rapidité sont de très puissants automatismes comportementaux chez l'humain.
Ils sont d'autant plus présents que ces personnes sont entraînées, familières, se connaissent...

Mais aucune d'entre elles n'agit seule, aucune n'est la seule à décider, aucune n'est indépendante d'autres actes et décisions, en amont, qui résultent aussi d'automatismes comportementaux.
Ils peuvent avoir été contrôlés, ou pas ! parce qu'ils sont aussi réalisés par des professionnels, entraînés, familiers.
Ces cas montrent qu'il y a toujours des chemins bizarres pour qu'un patient ne soit pas le bon, qu'un médicament ne soit pas à sa place, qu'un tube soit coupé.
Et ce d'autant plus que les sources de tension sont fortes.

Vous ne serez donc jamais sûrs que le document est le bon, la dose est la bonne, le patient est le bon tant que vous n'aurez pas vérifié, lu, demandé...
Lire prend 2 secondes, Vérifier prends 5s, Attirer efficacement l'attention prend 10s.

La récupération des conséquences des erreurs prendra toujours considérablement plus de temps que douter, comparer, croiser, relire, partager...
La performance en sécurité du patient est collective et coopérative.

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



Dans notre bloc opératoire de six salles de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, nous avons remarqué des pratiques non optimales sur l'utilisation de la check-list et nous avons voulu évaluer sa réalisation de façon précise.

Rapidement, il s'est avéré que l'évaluation sur papier des "cases cochées" ne reflète pas la réalité de la réalisation orale de la check-list. Nous avons donc décidé de réaliser cette évaluation par observation directe, avec un observateur en salle.

Les scores de réalisation se sont avérés extrêmement faibles !

En moyenne, nous étions à moins de 50% d'évocation à l'oral des items (alors que 90% des cases étaient cochées).

Nous avons alors décidé d'essayer de restaurer l'esprit originel de la check-list et de confier sa construction à tout le personnel de ce bloc (anesthésistes, chirurgiens qu'ils soient internes ou séniors, infirmières anesthésistes, infirmières de bloc opératoire, aides-soignants, etc). Nous avons obtenu l'autorisation de l'HAS de modifier complètement la check-list. En effet, nous avons remarqué que sur la version française de la check-list proposée par l'OMS on pouvait lire : "Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont encouragées." alors que sur la check-list proposée par l'HAS version 2016 on pouvait lire "...comporte les éléments indispensables (...) et, en ce sens, n'est pas modifiable". Même s'il existe des nuances expliquées sur le site de l'HAS, nous avons bien senti une bascule dans l'état d'esprit de l'application de cette technique, sans que des données scientifiques solides ne viennent soutenir la démarche plus stricte et descendante de l'HAS.

De même, les fondateurs de la check-list n'avaient jamais évoqué la possibilité d'une signature et mettaient en garde sur l'utilisation de cet outil qui ne devait pas devenir "un papier administratif de plus". Dans l'idée de responsabiliser les équipes, de les souder autour d'un projet commun, nous avons appliqué une méthode de changement ascendante. Tous les membres du bloc opératoire recevaient les résultats de l'observation par courriel puis un questionnaire détaillé leur était proposé.

Chacun avait ainsi l'opportunité de s'exprimer sur la pertinence des items, sur la réalisation de la check-list et sur les changements à apporter. En tenant compte des avis de chacun, les porteurs de projets ont proposé six solutions. Ces solutions ont donné lieu à un vote de tous les membres du bloc et la solution gagnante a été instaurée dans les pratiques. Les principales modifications ont été d'enlever la signature de la check-list et dans quelques items, de grandement simplifier la formulation des items et de différencier deux check-lists dans ce bloc (une globale pour la gynécologie obstétrique et une pour la pédiatrie). Pour la pédiatrie, la première phase a été divisée en deux temps. La figure ci-dessous montre l'une des checksklists finales.

Les résultats de ce processus ont été spectaculaires avec un doublement du taux de vérifications à l'oral. Ce travail montre l'appropriation par l'équipe de cet outil devenu LEUR outil. Cette méthode est très probablement reproductible dans d'autres établissements et nous encourageons toutes les équipes à prendre possession, en toute responsabilité, de leur outil de travail.

Jérôme Cros, auteur du livre « Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité »
« Dr Franck Pihan »

CHU Limoges		Check-list de sécurité à l'HME – gynécologie		Etiquette patient		
version 1.0 (26/03/2018)		Cocher la case <input type="checkbox"/> quand l'item a été discuté.		Date :		
Avant l'induction			Avant l'incision			
IBODE + IADE + Anesthésiste + Patient :			IBODE + Chirurgien + IADE ou Anesthésiste :			
1. Identité	<input type="checkbox"/>	1. Intervention	<input type="checkbox"/>	Chirurgien + IBODE + Anesthésiste ou IADE :		
2. Intervention	<input type="checkbox"/>	2. Voie opératoire et côté	<input type="checkbox"/>	1. Intervention réalisée	<input type="checkbox"/>	
3. Côté	<input type="checkbox"/>	3. Points d'appuis vérifiés	<input type="checkbox"/>	2. Cicatrice infiltrée	<input type="checkbox"/>	
4. Allergie	<input type="checkbox"/>	4. Antibio prophylaxie	<input type="checkbox"/>	IBODE :		
IBODE + IADE + Anesthésiste :			L'IBODE :			
5. Installation	<input type="checkbox"/>	5. Dysfonctionnement matériel	<input type="checkbox"/>	3. Compte final :		
6. Equipement prêt	<input type="checkbox"/>	Chirurgien :		a. Compresse	<input type="checkbox"/>	
a. Côté chirurgical	<input type="checkbox"/>	6. Temps difficiles	<input type="checkbox"/>	b. Aiguilles	<input type="checkbox"/>	
b. Côté anesthésique	<input type="checkbox"/>	7. Saignement attendu	<input type="checkbox"/>	4. Identité inscrite sur les prélèvements		
Anesthésiste :			8. Durée d'intervention	<input type="checkbox"/>	Chirurgien + Anesthésiste / IADE :	
7. Risque d'intubation difficile ou d'inhalation	<input type="checkbox"/>	Anesthésiste / IADE :		5. Evènements indésirables	<input type="checkbox"/>	
			9. Comorbidités / informations importantes	<input type="checkbox"/>	6. Matériel défectueux	<input type="checkbox"/>



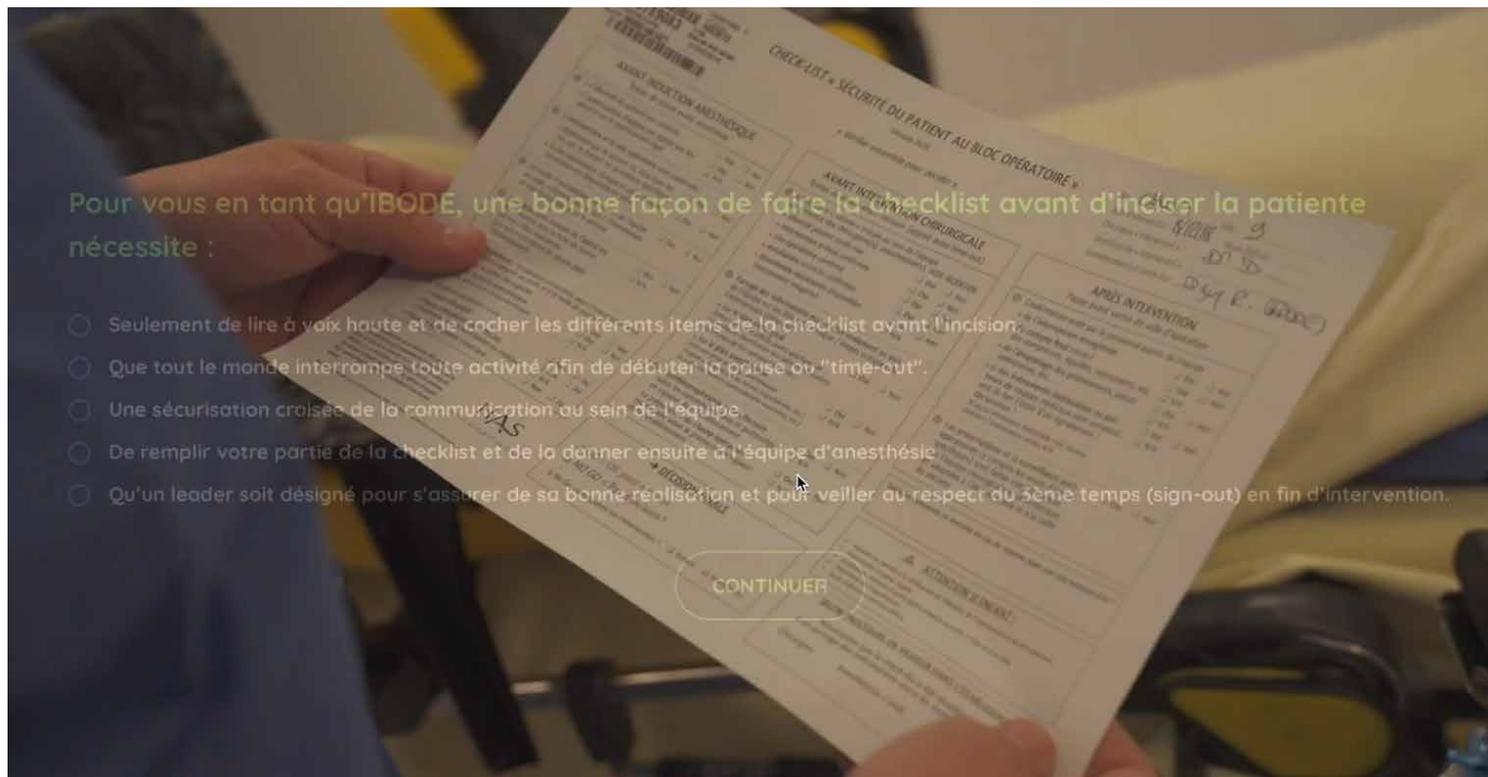
CHECKLIST ET OBSTETRIQUE

Césarienne du matin dans un bloc commun. Accueil de la patiente au bloc en équipe IADE Anesthésiste et IBODE, l'obstétricien est dans les murs. L'équipe anesthésiste et IBODE vérifient identité, indication de césarienne, équipement, risques inhérents à la patiente (allergie, hémorragie, score de Mallampati : ndlr difficulté d'intubation prévue). L'équipe anesthésie vérifie groupage et bilan récent. La patiente est installée, la rachianesthésie réalisée, le chirurgien habillé et ganté. Une hypotension post rachianesthésie est jugulée. Dernier check avec le chirurgien avant l'incision. Au moment de l'incision, l'anesthésiste réalise que personne n'a pensé à appeler la sage-femme qui doit récupérer le nouveau-né et lui prodiguer les premiers soins. La sage-femme appelée est alors occupée sur un accouchement. La césarienne est temporisée (alors que la rachianesthésie est installée) le temps de faire appel à une seconde sage-femme qui se libère au plus vite, descend au bloc, s'habille, prépare la salle du nouveau-né et rejoint l'équipe.

Points positifs: *Communication et gestion en équipe de l'imprévu*

Points d'amélioration: *Intégration de l'appel de la sage-femme en systématique dans les procédures de prise en charge des césariennes programmées (qui fait quoi) – adaptation de la check-list au contexte obstétrical.*

MOTS CLÉS : *check-list / césarienne / équipe*



CHECK-LIST CHIRURGICALE ET IDENTITOVIGILANCE

Un matin en période de vacances scolaires, deux salles d'intervention voisines sont occupées par un chirurgien digestif et ORL (ce qui est rare dans cette structure). Un brancardier est absent et l'activité pédiatrique est « anormalement élevée » ce jour-là. L'enfant A doit être opéré d'une amygdalectomie en salle 1 et l'enfant B d'une cure de hernie ombilicale en salle 2. Le brancardier, pressé et très sollicité, confie l'enfant A en salle 2. Il est agité et cri beaucoup. L'équipe de la salle 2 le prend en charge et procède à son anesthésie au masque. Une fois endormi, le chirurgien réalise précocement un bloc para-ombilical analgésique afin qu'il soit actif à l'incision. Il part ensuite se laver les mains. Dans le même temps, l'enfant B avait été amené en salle 1. L'équipe de la salle 1 réalise le contrôle d'identité et constate qu'il ne s'agit pas du bon enfant. Ils comprennent rapidement l'erreur et informent l'équipe de la salle voisine. La situation est rétablie et les deux enfants placés dans les bonnes salles d'intervention. L'équipe de salle 2 estimait que la check-list n'était pas utile pour des gestes courts et que l'anesthésiste ayant fait la visite préanesthésique, les contrôles avaient été réalisés.

Points positifs: *récupération de l'erreur*

Points d'amélioration: *réalisation de la check-list / gestion du stress / réflexion sur modèle de sécurité pour l'environnement pédiatrique.*

MOTS CLÉS : *identitovigilance / temps de pause avant anesthésie / pression de production*

SACRÉ DONALD !

Début de journée avec pression horaire importante. Plateau technique avec 4 salles dont 1 de chirurgie. Le personnel prévu sur le planning est de 3 infirmiers anesthésistes (IADE) et d'un médecin anesthésiste (MAR). Arrivée à 8h du matin, j'aperçois dans le couloir mon collègue (F) prévu pour travailler au plateau technique en salle 1 mais il part dans la direction opposée. Arrivée à 8h05 au plateau technique. Un patient est déjà en salle 1. Deux collègues IDE (I) et manip radio (M) m'informent que l'opérateur (O) est très pressé et qu'elles ont fait rentrer le premier patient. « C'est une dilat membre inf ». Je leur dis que je ne suis pas en salle 1 mais que mon collègue est dans les murs. Il ne va pas tarder.

(Pour info nos horaires d'arrivée sont 8h pour un objectif patient 8h15 en salle). Un étudiant IADE (E) m'informe qu'arrivé en avance, il a ouvert les salles 1 et 2. Je vais ouvrir et préparer la première anesthésie de la salle 3 en fonction du dossier du patient que j'avais consulté la veille. I et M m'interrogent sur l'absence de F et insistent sur le fait que O est pressé. Me doutant d'un déplacement de F sur un autre site (le plateau technique est régulièrement dépouillé de son personnel lorsqu'il manque un IADE sur un autre site), je consulte rapidement la cadre qui me confirme alors le déplacement de F. Le MAR arrive. Après concertation, il s'occupe tout seul de la salle 3 tandis que je m'occupe de la salle 1 puis de salle 2. L'autre IADE restant comme prévue en salle de chirurgie. Entrée en salle 1 vérifiée par E, j'ouvre l'ordinateur (tout est informatisé). Je lis la consultation d'anesthésie du premier patient. Je demande « à la cantonade » (E, M, I, O et le patient sont dans la salle) chacun affairé à son travail (sauf le patient !) « Il s'agit bien de Mr J. Trump ». Seul O répond « oui c'est ça ». I: « Trump! Trump.. comme Donald? ». O: « oui ça s'écrit pareil mais j'ai vu avec le monsieur, ça n'a rien à voir ce n'est pas la même famille! » Je demande alors à E de programmer la base primea tandis que je parle avec le patient tout en le scopant. Celui-ci est d'après le dossier greffé cœur-rein. Je lui demande « les médicaments anti rejets vous les avez bien pris comme d'habitude? ». Le patient « hein? Les médicaments? J'ai tout arrêté. ».

Puis les questions classiques sur le jeun, allergie... La procédure débute. Ce n'est qu'une petite heure plus tard en cherchant des étiquettes pour la tracabilité des stupéfiants que je constate que le patient en salle est le deuxième patient programmé de la journée et non pas le premier.

L'ordre des patients avait été inversé par M. Le premier patient étant porteur de BMR.

Après en avoir discuté avec l'équipe: M et I m'ont affirmé ne pas avoir entendu la question sur l'identité du patient. O qui m'avait répondu, m'a affirmé « avoir pensé que je parlais du deuxième patient ».

Comme moi, E n'avait pas vu le problème d'identité. Et le patient? N'a t-il pas entendu?

Points positifs: *absence de conséquence due à la « chance »*

Points d'amélioration: *check-list / prendre conscience du signal faible « hein? Les médicaments?*

J'ai tout arrêté. » / transmission structurée SAED / conscience du risque accru en cas de réorganisation soudaine / communication sécurisée

MOTS CLÉS : *pression de production / time-out / communication*

CE N'EST PAS LE PIED ?

Un samedi lors d'une garde aux urgences, une patiente est admise au bloc pour une chirurgie du pied (corps étranger au pied gauche). L'activité est importante au bloc opératoire et la liste s'allonge. Je suis interrompu régulièrement tout en réalisant la consultation d'anesthésie. Je constate un pansement sur la main droite de la patiente. J'imagine qu'il a été fait aux urgences. La consultation touchant à sa fin, je propose à la patiente une anesthésie tronculaire en lui expliquant rapidement. La patiente est favorable à cette technique. Je m'installe pour réaliser un bloc axillaire droit quand l'interne de chirurgie arrive et ne comprend pas ce qui se passe. Il me dit que la patiente est là pour un corps étranger au pied gauche. Elle avait été griffée par son chat 3 jours auparavant.

Points positifs: *récupération par l'équipe*

Points d'amélioration: *réfléchir à une checklist en équipe adaptée à la pratique de l'ALR / demander de façon claire à la patiente : « Pourquoi venez-vous au bloc ? »*

MOTS CLÉS : *tunnelisation / ALR / checklist*



CONTRÔLE CROISÉ

Au cours d'une préparation d'une ALR à visée analgésique chez une patiente endormie (bloc paroi thoracique), je demande à chaque fois à l'infirmière anesthésiste de me verser du sérum physiologique dans ma seringue de 20ml afin de diluer la ropivacaine 0,75% et obtenir une concentration de 3,75 mg/ml.

L'IADE annonce à haute voix «sérum physiologique» et, comme c'est devenu la règle chez nous, tourne l'étiquette de la flapule afin que je confirme l'identification du produit. Alors qu'elle commence à verser la solution, je me rends compte que ce n'est pas du sérum physiologique mais de l'eau pour préparation injectable. Une correction immédiate est apportée en jetant les quelques millilitres versés et en prenant le produit adéquat. Il se trouve que dans la semaine le conditionnement des flapules d'EPPI (eau pour préparation injectable) avait changé et que ce dernier était identique à celui du sérum physiologique. Auparavant, les contenants étaient différents, permettant de faire facilement la distinction. L'IADE a confirmé ne pas avoir relu l'étiquette car seul le sérum physiologique pouvait être dans un tel contenant.

La pratique systématique du contrôle croisé a permis d'éviter cette erreur montrant son réel intérêt.

Elle a mis en lumière également une information insuffisante lorsque des médicaments habituellement utilisés changeaient de présentation.

Points positifs: *cross-check ou contrôle croisé / déclaration*

Points d'amélioration: *fiabilité du processus de lecture / chariot d'ALR spécifique à cette pratique /*

MOTS CLÉS : presque accident / contrôle croisé / médicament





HYPOXIE A L'INDUCTION

Après induction anesthésique, on met le malade sous ventilation assistée contrôlée sur masque laryngé (cure d'ectopie testiculaire gauche). Apparition rapide d'une hypoxie chez le patient. L'oxygénation est rebasculée vers le circuit accessoire. On recherche alors le défaut du respirateur et là, on découvre que le tuyau du débitmètre à côté de son branchement derrière le respirateur est coupé !!!!

On procède à une réparation et on rebascule vers le circuit principal. Ça fonctionne...

L'interne avait constaté une fuite importante en faisant le contrôle de la station d'anesthésie le matin mais n'a rien déclaré au chef de la salle.

Points positifs: découverte de la panne

Points d'amélioration: préoxygénation effective validée par $FeO_2 > 0.9$ sur circuit machine / formation des intervenants au partage d'information / NO GO si problème de matériel lors de l'ouverture de salle / débriefing bienveillant en équipe / aide cognitive pour HYPOXIE

MOTS CLÉS : hypoxie / fuite / station anesthésie

FATIGUE EN FIN DE CHIRURGIE LOURDE

19h. Fin de journée en chirurgie cardiaque, patient opéré d'un double pontage coronarien. La journée avait été dense avec deux urgences. Après déchantage, constat que la voie veineuse périphérique (VVP) utilisée pour l'induction était partiellement sortie. On la retire et il reste comme abord veineux une voie veineuse centrale (VVC) en jugulaire interne. Sortie du patient de la salle vers son lit avant transfert en réanimation (MAR, IADE, IBODE, brancardiers). L'équipe paramédicale, détendue après une grosse journée, se met à parler de problèmes personnels. Le patient est transféré dans son lit avec l'aide d'un «roller» (IADE à la tête, MAR en retrait). Au retrait du roller rapide par le brancardier arrachage du cathéter central, le patient se retrouve sans voie d'abord veineux. Le patient n'avait pas d'amines, seulement une seringue de propofol pour sédation avant transfert. Reperfusion rapide avec VVP par l'IADE, pas de conséquence hémodynamique, pas de réveil. Transfert en réanimation sans complications.

Points positifs: *suites favorables*

Points d'amélioration: *limiter les distractions / rester concentré jusqu'au transfert du patient à l'autre équipe / leader identifié coordonnant le transfert / briefing du leader pour définir mission avant transfert (objectifs, risques, ...)*

MOTS CLÉS : *déperfusion / distraction / fatigue*

LA NUIT, TOUS LES CHATS SONT GRIS

Le cas se déroule au cours d'une vacation d'endoscopie digestive en milieu d'après-midi. La vacation est chargée. La salle est dans la pénombre afin d'optimiser la visualisation des images sur les écrans de contrôle. Une patiente nécessite du midazolam avant l'induction car elle est très angoissée. En cherchant à préparer le produit, je découvre une ampoule d'atracrium au milieu des ampoules de midazolam. Je m'en suis aperçu juste avant de la casser.

Points positifs: *presque accident / récupération*

Points d'amélioration: *réflexion en équipe sur l'organisation du chariot d'anesthésie d'endoscopie (nécessité de curares non dépolarisants en salle d'endoscopie ?) / ergonomie de la salle et du chariot (lumières, ...) / proximité importante de l'accident (nombre de barrières défaillantes)*

MOTS CLÉS : *curare / erreur / stockage*



APPEL A L'AIDE TARDIF ET STRESS

Arrivée pour début de garde. Vérification du matériel pour analgésie péridurale, et salle de césarienne. Préparation des médicaments d'urgence. Appel à 8h10 de la sage-femme me demandant de venir car une femme saigne en post partum immédiat. Elle me dit qu'elle a fait le bilan sanguin et n'arrive pas à mettre de 2^{ème} VVP. Je m'énerve rapidement au téléphone demandant à la sage-femme pourquoi elle ne m'appelle que maintenant avec du retard (patiente ayant accouchée à 7h40). Le collègue de garde ne m'avait pas parlé de cette patiente.

A arrivée, patiente ayant saigné environ 850 cc - DARU effectuée par obstétricien qui est ensuite parti. L'antibioprophylaxie a été effectuée. La réapparition d'un saignement a motivé l'appel. On appelle un renfort (3 personnes), et je demande le chariot hémorragie de la délivrance. Pose de 2^{ème} VVP délicate car 3 sites de ponctions déjà utilisés.

Sortie de la check-list (hémorragie du post partum : HPP). On rappelle l'obstétricien.

Mise en place de la sulprostone IVSE. Hemocue,

Après injection dans APD de lidocaine 2% adrénalinée 10 cc, révision de la filière génitale sous valve avec suture d'une déchirure du col

Arrêt saignement. Hemocue 8,4 g/dl. Initialement 11,5 g/dl. Suites simples

Secondairement la sage-femme vient me voir et me demande pourquoi j'avais trouvé qu'elle m'avait appelé en retard. Elle souhaitait débiter les premières actions pour me montrer qu'elle avait agi. Je tente un débriefing en utilisant mon expérience en simulation. Elle déclare qu'elle avait perçu cette patiente comme une hémorragie de la délivrance et qu'elle avait débuté des actions. Elle ne voulait pas donner l'impression qu'elle n'avait RIEN FAIT comme cela lui avait été reproché par des collègues dans des situations proches. C'est pour cette raison qu'elle avait décidé de différer l'appel à l'aide. En décontextualisant avec un ACR en post partum, elle prend conscience de l'importance de l'appel à l'aide précoce car la charge de travail est très lourde seule.

Je réalise l'importance de la tunnelisation sur la notion de FAIRE avant l'APPEL à l'aide..

Points positifs: *débriefing bienveillant*

Points d'amélioration: *éviter reproches à phase aiguë d'un évènement / prise en charge initiale de HPP non conforme / communication au sein de l'équipe / anticipation / appel à l'aide précoce*

MOTS CLÉS : *hémorragie / appel aide / débriefing*

Débriefing et partager

Il est remarquable que cette sage-femme soit allée s'enquérir des raisons qui ont conduit son collègue à réagir de la sorte à son appel à l'aide. Cela a conduit à un débriefing – cette pratique n'est pas réservée à la simulation –, et a permis à la sage-femme de comprendre et de monter en compétence. A l'avenir, il y a fort à parier qu'elle appellera à l'aide plus tôt.

Prendre le temps d'un débriefing a deux vertus principales. D'une part, cela permet d'analyser ensemble la performance de l'équipe, ce qui permettra de renforcer les bonnes habitudes et de procéder aux **ajustements** nécessaires pour l'avenir.

D'autre part, il arrive que l'équipe ait rencontré une situation difficile voire un échec.

Dans ce cas, il est essentiel :

- de s'assurer que toutes les personnes impliquées ont **compris** ce qui s'est passé et ;
- de donner à chacun l'occasion de se défaire de la **charge émotionnelle** liée à la situation vécue.

Pour le leader, un débriefing peut également servir à solliciter ou proposer un feedback et remercier son équipe.

J'entends parfois que la longueur du débriefing dépendra de la performance atteinte; qu'il peut être succinct en cas de succès et qu'il devra être plus long si des problèmes ont été rencontrés.

C'est oublier le fait qu'il est parfois utile de comprendre pourquoi la performance était au rendez-vous malgré un contexte difficile. Cela permettra à l'avenir de s'inspirer de ce succès afin d'**éviter de réussir par hasard**.

Pour ce qui est du débriefing faisant suite à une situation compliquée, il sera important d'y **consacrer le temps nécessaire**. En effet, il faudra tout d'abord prendre le temps de solder les aspects émotionnels avant de se lancer dans l'analyse de la situation. En effet, tant que nos émotions nous submergent, c'est notre système limbique seul qui est aux commandes de notre cerveau. Notre néocortex – la partie de notre cerveau capable d'analyser et de comprendre – est déconnecté.

Ce type de débriefing est particulièrement important. En effet, imaginez que la sage-femme n'ait pas sollicité son collègue et reste sur un ressenti négatif. Quelle sera sa réaction face à une complication similaire à l'avenir ? Osera-t-elle appeler plus tôt, ou y a-t-il un risque qu'elle n'ose plus appeler du tout ?

Enfin, il reste une dernière question à se poser en fin de débriefing : « Devrions-nous partager cette expérience ? » Dans le cas qui nous intéresse, c'est le choix qu'ont fait les personnes impliquées, et nous pouvons les en remercier.

Bonnes pratiques

- Prenez le temps de débriefing, surtout si la performance n'a pas été au rendez-vous
- Prenez le temps de partager votre expérience

Rédigé par **Guillaume Tirtiaux**, Directeur du développement et des formations chez REPORT'in



Complément d'information au cas « LA GRANDE MAREE » rapporté dans la newsletter #010



Je suis anesthésiste-réanimateur au CHU de Lille, j'ai eu la chance d'être formé dans des services qui ont une longue histoire de soins de patients avec des pathologies œsophagiennes et gastriques. J'ai lu avec attention le RETEX d'inhalation pour une FOGD dans la newsletter #10. Les patients qui ont une achalasia de l'œsophage sont probablement parmi les plus à risque d'inhalation. Il y a d'autres situations similaires comme les patients ayant eu une œsophagectomie avec gastroplastie intrathoracique, le patient souffrant d'une occlusion intestinale aiguë haute ou encore d'une épistaxis avec beaucoup de sang ingéré. Bref, vous connaissez les situations.

Avec l'expérience, nous avons mis en place des stratégies complémentaires pour limiter le risque d'inhalation. Je vous propose d'y réfléchir en équipe chez vous :

- Regarder l'imagerie ou en parler avec le chirurgien quant à une éventuelle dilatation gastrique ou intestinale (corollaire : se former à l'échographie pour évaluer le pylore)

- Erythromycine, 250 mg IV en prémédication

- SNG en aspiration à - 20 cmH₂O avant d'arriver au bloc (attention à la distance à la narine si achalasia ou gastroplastie, plutôt 40 cm que les 60 cm habituels)

- distribuer des rôles si régurgitation, nommer la personne qui bascule la table d'opération

- induction plus profonde que d'habitude avec anticipation de la dégradation hémodynamique en utilisant un vasopresseur dès l'induction. J'utilise personnellement de la noradrénaline très diluée (16 gammas/ml) entre 20 et 40 ml/h (0,3 à 0,6 mg/h) pendant l'induction

- certaines évoquent l'idée d'intuber en premier dans l'œsophage avec une grosse sonde pour diriger le vomissement à l'extérieur de la bouche du patient, à discuter

- canule d'aspiration chirurgicale (type Yankauer) en aspiration dans l'oropharynx dès la laryngoscopie, à coincer sur le côté gauche du laryngoscope.

Rémi Fackeur, blog www.nfkb0.com

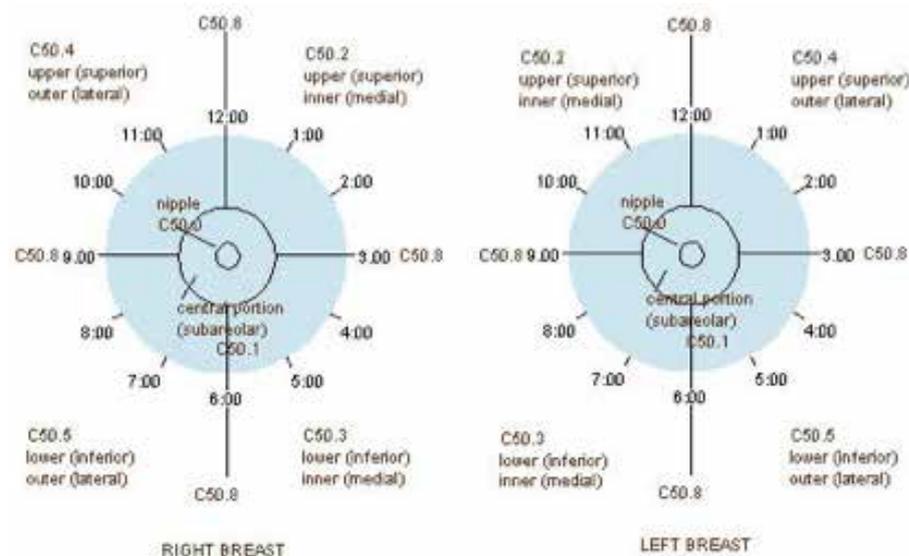
PIÈCE BLANCHE APRÈS TUMORECTOMIE ET DÉFAUT DE REPÉRAGE

Une patiente de 50 ans consulte pour prise en charge d'un cancer du sein découvert à la suite d'une adénopathie axillaire gauche, et d'un adénofibrome du sein droit. L'examen clinique retrouve une lésion palpable dans le quadrant supéro-externe (QSE) du sein gauche et une adénopathie axillaire gauche. L'imagerie (échographie et IRM) met en évidence une lésion à gauche (à 9h) et deux lésions à droite (11h et 1h). Une tumorectomie gauche + curage axillaire gauche et tumorectomie droite avec repérage radiologique du clip sont retenus. En salle d'opération, seul le cliché du repérage droit est affiché. La patiente est opérée par son médecin (senior) assisté par un interne. La chirurgie bilatérale est confirmée par la patiente en salle d'opération, sans autre précision, puis confirmée en équipe lors des check-lists 1 et 2 de l'OMS. Durant l'intervention, la tumorectomie droite est réalisée par le senior puis une tumorectomie gauche du QSE (lésion palpable) + curage axillaire gauche (adénopathie palpable) est réalisée par l'interne supervisé par le senior. L'analyse anatomopathologique confirma l'absence de lésion cancéreuse retrouvée dans la tumorectomie gauche. Une nouvelle imagerie révéla que la lésion était toujours présente entre le rayon de 8h et 9h, soit QSI.

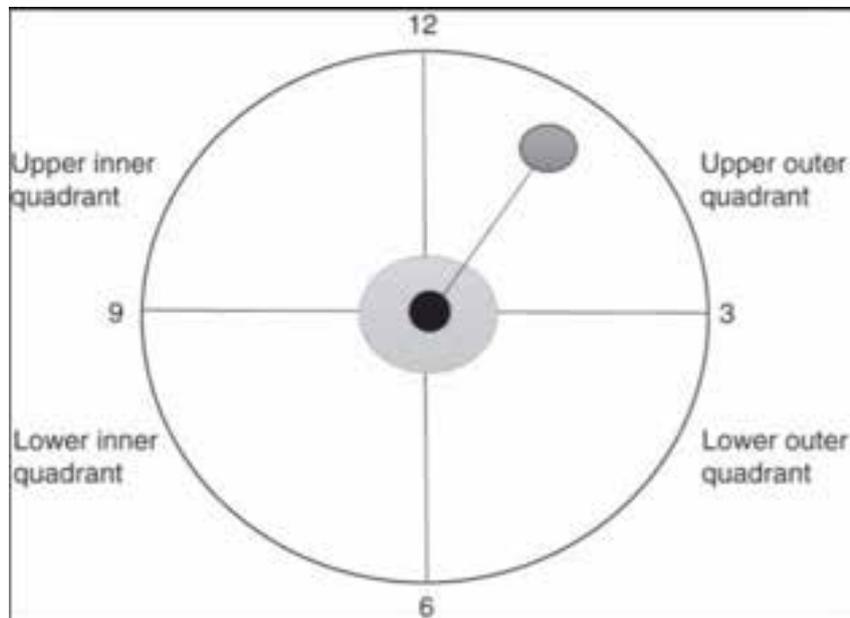
Ce cas clinique permet de discuter les points suivants : les 3 temps de la check-list de l'OMS ont été réalisés conformément à la procédure en vigueur. Il apparaît cependant que la vérification préopératoire de la localisation de la tumeur au niveau des quadrants du sein gauche n'a pas été réalisée avec la patiente qui connaissait la localisation de la tumeur à gauche et qui, travaillant dans le corps paramédical, n'a pas osé signaler lors des différents examens cliniques que la lésion cancéreuse n'était pas dans le quadrant palpé. A noter également l'absence de marquage du quadrant et l'absence de repérage échographique préopératoire demandé sur la lésion du QSI gauche (car visible sur l'IRM). A noter la focalisation du sénior sur les lésions à droite +++ (phénomène de tunnellation), confiant l'exérèse de la lésion palpable dans le QSE gauche au junior.

A noter également un dossier radiologique incomplet en salle d'opération malgré la réponse affirmative lors de la question sur la présence des clichés durant la 2ème check-list de l'OMS (uniquement le cliché de repérage du sein droit était affiché). Se pose la question de l'affichage de l'IRM (disponible ?).

L'absence de contrôle de cohérence radio/clinique n'a pas permis d'éviter l'erreur. Enfin des codes de localisation différents entre radio-sénologue (Clock Code) et chirurgien (code anatomique), est une source supplémentaire possible de confusion.



Clock Code (Radio Sénologue)



Localisation Anatomique

9h sur le sein droit correspond aux quadrants externes
9h sur le sein gauche correspond aux quadrants internes

Actions d'amélioration décidées en RMM

Plusieurs actions correctrices ont été proposées lors de la réunion morbi-mortalité :

Utiliser la même terminologie : parler en quadrant et en rayon (radial et distance) Communication sécurisée entre les chirurgiens et médecins faisant la RCP de leurs patients pour les cas complexes S'assurer du résultat des biopsies faites en urgence, en intervallaire entre relecture image et intervention Archivage informatique de la description des repérages radiographiques (scanner fiche papier dans le dossier patient informatisé)

Si lésion palpable : entourer la lésion AVANT le bloc opératoire avec confirmation de la localisation par la patiente (contrôle croisé)

Afficher bilan d'extension en salle : IRM, TDM (et pas juste mammographie, repérage)

Relecture précise et fine anatomopathologique quand lésion attendue non retrouvée

Une garde, une astreinte, Ouf un livre !

Système 1, Système 2, les deux vitesses de la pensée de Daniel Kahneman, professeur de psychologie cognitive et d'économie comportementale, Prix nobel d'économie en 2002.

Grande référence dans le domaine, le livre de Kahneman est la synthèse de sa vie de recherches sur notre fonctionnement mental, et les biais cognitifs qui affectent notre jugement.

Il nous décrit deux systèmes de pensée, le Système 1 et le Système 2. Le système 1 est notre « machine à tirer des conclusions hâtives », il est rapide, intuitif, automatique, et nous fait sauter sur les conclusions plus vite que notre ombre... (2+2= ?) Pour avoir cette efficacité hors pair, il est soumis à des biais, qui dans de rares cas l'induisent en erreur. Le Système 2, lui est lent, réfléchit en profondeur, de manière logique, et demande des efforts...(397x589= ?). L'incertitude et le doute sont de son ressort, mais il peut être un peu paresseux... Ou économe ? Kahneman nous donne des exemples concrets pour démontrer plusieurs de nos biais cognitifs qui dévient notre jugement, dans le milieu professionnel et aussi personnel.

Par exemple, la disponibilité des informations dans notre mémoire amène des biais mémoriels.

Il nous montre que nous sommes peu doués pour faire des probabilités, en particulier pour les événements rares. Notre cerveau a aussi tendance à remplacer les questions compliquées d'un coup de baguette magique par des questions simples, mais sans nous en informer ! Par ailleurs, on ne peut pas toujours faire confiance à l'intuition des experts, qui est aussi biaisée, et l'excès de confiance en soi peut provoquer des catastrophes dans nos jugements.

Enfin il analyse les politiques en matière de risques, qui peuvent également être biaisées, par exemple par notre aversion aux pertes, et des systèmes d'incitation (nudge) peuvent nous amener à prendre de meilleures décisions. En résumé, c'est un livre qui aide à mieux comprendre le cerveau, en profondeur, et même s'il ne se lit pas comme un roman, ce petit pavé est accessible. Ces deux systèmes risquent de faire parler d'eux pendant longtemps !

Bonne lecture !

Florence-Marie Jégoux
Spécialiste Facteurs Humains et Facteurs Organisationnels
Ancienne infirmière, pilote privée et contrôleur aérien
www.developpement-systemique-humain.com

CONCLUSIONS A RETENIR SUR LA CHECK LIST

- c'est une aide cognitive... comme les autres.
- c'est un briefing qui permet de communiquer entre soignants sur les objectifs et les éventuelles difficultés à anticiper.
- c'est également un débriefing pour s'assurer que tout s'est bien passé et se passera bien.
- c'est efficace.
- cela réduit environ de 50 % la morbidité postopératoire.

On attend quoi pour l'adopter et l'utiliser ?

SITES INTERNETS À DÉCOUVRIR :

- (1) <http://www.psnetwork.org/>
Rob Hacket – site internet partageant différentes expériences améliorant la sécurité des patients
- (2) <https://www.youtube.com/channel/UCXRx2Vq521jeo9o4l0Kt0CA>
La chaîne YouTube « les enfants du facteur » diffuse de courtes vidéos afin de sensibiliser les internautes à l'impact du fonctionnement humain sur les soins.

CONFÉRENCES A VENIR

- (1) International Forum on Perioperative Safety & Quality se déroulera le vendredi 31 Mai 2019 la veille du congrès de l'ESA. Venez un jour plus tôt pour écouter les leaders de ce domaine (Rhona Flin, ...). J'y assisterai. N'hésitez pas à me contacter pour échanger sur place. <https://www.asahq.org/ifpsq/esa/agendafull>
- (2) Présentation du serious game sur la checklist chirurgicale devant le Comité Qualité et Sécurité des patients de l'ESA au cours du congrès de l'ESA 2019.
- (3) Le Clinical Human Factor Group organise le 12 juin 2019 à Londres en présence de Martin Bromiley une journée axée sur l'impact de l'ergonomie et des facteurs humains sur la sécurité des soins. J'y assisterai. N'hésitez pas à me contacter pour échanger sur place. <https://chfg.org/chfg-open-seminar-healthcare-human-factors-design-and-procurement-london-2019/>
- (4) Le congrès ICMAsim 2019 se tiendra à Angers du 8 au 10 Octobre 2019. Anesthesia Safety Network soutient ce congrès centré sur la simulation dans les différents environnements professionnels (Santé, Transport, environnements extrêmes, ...). Venez échanger avec nous en vous inscrivant <https://www.icmasim2019.com/>
- (5) Présentation du serious game lors du congrès de l'Institute for Healthcare Improvement en Décembre 2019 à Orlando (en attente de confirmation) <http://www.ihl.org/education/Conferences/National-Forum/Pages/default.aspx>