
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #004 - juin 2017



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**

INTRODUCTION

Anesthesia Safety Network
Newsletter #004 - juin 2017

Un an d'existence et de partage d'expériences !

L'année à venir s'annonce prometteuse avec des rapports de plus en plus nombreux et de qualité.

En un an, beaucoup d'échanges pour présenter et promouvoir la plateforme ASN.

Souvent, les retours d'expérience ont été accusés de ne pas être aussi complets dans l'analyse d'incident que les revues morbidité et mortalité.

De mon point de vue, ces deux outils d'analyse sont complémentaires car ils traitent souvent de cas de gravité différente.

En effet, dans les REX, on retrouve essentiellement des presque-accidents ou incidents mineurs (grade 1 à 3 de la HAS) alors que les RMM portent sur des cas plus graves conduisant à des séquelles ou au décès du patient.

Pour Peter Pronovost (1), les presque-accidents ou near-misses doivent être vus comme des invitations à s'améliorer et non comme la preuve que le système a assez de contrôles permettant de prévenir les catastrophes. Il est donc primordial de les déclarer car ils sont une source d'enseignements et de réflexion sur les erreurs humaines et les comportements individuels et collectifs.



►

Du côté de l'agenda, Anesthesia Safety Network a participé à la soirée du jeudi 18 mai organisée par l'AJAR à l'université Paris – Descartes. Cette soirée était consacrée au risque en anesthésie-réanimation. Les échanges ont été passionnants et vifs soulignant l'intérêt grandissant pour le reporting et la mise en place d'actions proactives.

Pour finir, la Société Française d'Anesthésie - Réanimation (SFAR) vient de soutenir officiellement la plateforme ASN au travers d'un film promotionnel qui a été mis en ligne sur la page d'accueil (<http://sfar.org/>). De même, un lien spécifique vers la plateforme est mis en place. Cet encouragement de notre société savante s'adresse aux nombreux déclarants et à tout ceux qui ont soutenu cette initiative qu'ils soient du monde médical ou non, francophones ou non. De même, des associations françaises ou francophones telles que i-ALR, l'AJAR, l'AFIADE, la PAQS ont contribué à la diffusion de cette plateforme et de ces newsletters.

Tout cela doit donc nous encourager à poursuivre dans cette voie en continuant ensemble à analyser et partager nos événements en proposant des pistes d'amélioration pour le bien de tous !

Très cordialement
Frédéric MARTIN

LES PRESQUE-ACCIDENTS DOIVENT
ÊTRE VUS COMME DES INVITATIONS
À S'AMÉLIORER ET NON COMME LA
PREUVE QUE LE SYSTÈME A ASSEZ
DE CONTRÔLES PERMETTANT DE
PRÉVENIR LES CATASTROPHES. (1)

EDITORIAL

Selon Peter Pronovost (1), les trois grands fondements sur lesquels doit s'appuyer la sécurité des soins sont : la standardisation des soins, les contrôles indépendants et l'apprentissage à travers l'analyse des défaillances.

Ces dernières ont des origines multiples et les soignants de première ligne sont souvent désignés comme les seuls responsables et coupables. James Reason déclare dans son livre (2) : « plutôt que d'être la principale cause de l'accident, le soignant tend à être l'héritier d'un système défaillant ». L'analyse de l'événement doit donc être systémique en recherchant les facteurs contributifs (grille ALARM ou London protocol de Charles Vincent) et non le vilain petit canard à renvoyer.

Cependant, il ne faut pas basculer dans l'excès inverse en garantissant une impunité aux soignants et en rendant uniquement responsable le Système.

Ainsi est apparu le concept de culture juste (Just culture) évoqué par James Reason puis repris par de nombreux auteurs dont Sidney Dekker (3). Ce concept repose sur la nécessité d'apporter une réponse appropriée à un incident (erreur ou échec) en préservant la possibilité d'apprendre et de sanctionner tout comportement inacceptable.

L'anesthésie-réanimation a souvent été leader dans la qualité et la sécurité des soins.

L'ESA (European Society of Anesthesiology) a fêté le 13 Juin 2017, les sept ans, de la déclaration d'Helsinki (<https://www.esahq.org/patient-safety/patient-safety/helsinki-declaration/full-declaration>) portant sur la qualité et la sécurité des patients en anesthésie. Ce texte énonçait les exigences principales à mettre en place. Le point 7 de cette déclaration soulignait l'absolue nécessité de réaliser des audits et de participer à des systèmes de déclaration d'incidents.

Grâce à vos contributions et au soutien de la SFAR, la plateforme ANESTHESIA SAFETY NETWORK participera à l'enrichissement de l'expertise collective au profit des patients et des soignants.

« PLUTÔT QUE D'ÊTRE LA PRINCIPALE
CAUSE DE L'ACCIDENT, LE SOIGNANT
TEND À ÊTRE L'HÉRITIER D'UN SYSTÈME
DÉFAILLANT » (2)



ERREUR MEDICAMENTEUSE EN GARDE

Contexte : WE - Urgence - Garde 1 IADE + 1 MAR (médecin anesthésiste-réanimateur).

Patiente adulte opérée en urgence d'une fracture du membre supérieur. ASA II. Décision de bloc axillaire échoguidé. ALR sans difficultés en SSPI. Oubli du MAR de rappeler à l'IADE l'injection de dexaméthasone IVD (protocole ALR local). Sortie du MAR du bloc pour réalisation d'une consultation préanesthésique en urgence.

Transfert du patient en salle d'intervention à la demande du chirurgien. ALR testée mais non complètement fixée.

Appel téléphonique du MAR à l'IADE pour lui rappeler l'administration de la dexaméthasone à réaliser.

L'IADE en salle est interrompu lors de la préparation du produit par le patient qui décrit des sensations douloureuses (réduction chirurgicale). L'IADE demande à l'opérateur d'interrompre son geste alors qu'il administre le produit en IVD. La patiente présente dès lors une instabilité cardiovasculaire avec une hypertension artérielle fugace 240/120 puis secondairement une hypotension artérielle avec collapsus.

L'IADE appelle le MAR qui est très rapidement en salle d'intervention. La chirurgie est interrompue. L'équipe relie initialement la défaillance circulatoire à une intoxication aux anesthésiques locaux. Secondairement est évoqué l'injection IVD accidentelle de 4 mg de norépinephrine au lieu de 4 mg de dexaméthasone. La patiente est transférée en réanimation. L'évolution sera favorable.

De nombreux facteurs contributifs à cet incident sont relevés : distractions multiples (douleur du patient, appel téléphonique, pression du chirurgien), ampoules de petites tailles et de formes identiques. DCI toutes deux en lettres noires. Ampoule de noradrénaline mal rangée alors que charriots d'anesthésie normalement standardisés (chaque famille de produit sectorisée).

Déclaration EIG. Mesures prises après RMM : Sur-conditionnement des catécholamines avec emballage rouge (pas d'ampoules seules). Vérification de la bonne attribution de chaque produit dans son secteur lors des reconditionnements des charriots d'anesthésie.

Points positifs : *approche systémique envisagée / analyse des causes racines avec action (RCA²) / déclaration EIG*

Points d'amélioration : *résister à pression de production / réduire les interruptions de tâche / tester bloc avant installation en salle / approche globale de la labellisation de tous les médicaments (site internet australien sur ce sujet : <http://ezdrugid.org/index.html>).*

MOTS CLÉS : *erreur / catécholamines / distraction*

Zoom sur les interruptions de tâches par REPORT'in

Les interruptions de tâche, une source d'erreurs majeure.

Les interruptions de tâches sont l'une des causes majeures des nombreuses erreurs que nous commettons tous au quotidien. Cela est lié notamment au fait que nous avons tendance à surestimer nos capacités cognitives.

Le psychologue et prix Nobel d'économie Daniel Kahneman (4) propose un modèle de fonctionnement du cerveau basé sur deux entités plus ou moins indépendantes : le Système 1 et le Système 2.

Le Système 2 est cette partie de nous que nous appelons consciente et rationnelle, et dont nous sommes persuadés qu'elle est responsable de nos décisions. Or le Système 2 est limité en ressources et énergivore. Il laisse donc volontiers la main au Système 1, beaucoup plus rapide et efficace, dont le fonctionnement automatique est dicté par l'évolution de notre espèce et par la somme de nos expériences.

Kahneman a démontré, au travers de nombreuses expériences, que c'est le Système 1 qui mène la danse dans la grande majorité des situations auxquelles nous sommes confrontés. Le Système 2 ne s'active que dans des situations nécessitant un effort cognitif.

La distribution des tâches entre le Système 1 et le Système 2 est efficiente. Elle minimise l'effort à fournir et augmente nos performances. Pour ce qui est de leur «puissance de calcul» respective, les dernières études (5) proposent la répartition suivante : 30 à 60 bits par seconde pour le Système 2, sur une capacité cumulée de 10^{18} de bits par seconde pour les 2 systèmes cumulés (6).

Le Système 2 peut être assimilé à notre mémoire de travail, et à sa capacité limitée de traiter 7+/-2 pièces d'information simultanées (7). Lorsque notre mémoire de travail est pleine et que des informations supplémentaires lui parviennent, elle procède au délestage des informations les plus lourdes. Celles-ci sont définitivement perdues.

Lorsque nous sommes interrompus, le risque est donc grand d'oublier la tâche en cours, en tout ou en partie. Il est donc utile de mettre en place des stratégies afin d'en limiter les occurrences et les conséquences.

Menace : interruption(s) de tâche.

Risque : oubli(s) et erreur(s).

Stratégies :

- **Si je suis occupé à une tâche importante, je ne me laisse pas interrompre.**
- **Si j'ai une information à transmettre, je commence par me poser la question de l'importance de la tâche réalisée par le destinataire du message.**
- **Si l'information que je dois transmettre revêt un caractère d'urgence, je commence par prendre note de la tâche réalisée par le destinataire. Une fois l'information transmise, je rappelle au destinataire ce qu'il était en train de faire avant que je ne l'interrompe.**
- **La Flight Safety Foundation suggère de se poser les questions suivantes après une interruption de tâche :**
 - 1. Qu'est-ce que je faisais ?**
 - 2. Où en étais-je lorsque j'ai été interrompu ?**
 - 3. Quelle est la meilleure décision ou action pour me remettre sur les rails ? (8)**



REPORT'in



INCIDENT AU DECOURS IMMEDIAT D'UN BLOC AXILLAIRE

Réalisation d'un bloc axillaire chez une patiente avec 30 ml de lidocaïne 1,5% non adrénalinée pour une chirurgie du 5ème doigt car le chirurgien avait explicitement demandé un garrot de bras. La patiente est scopée dans une salle d'alr sur un brancard à côté de l'interne ayant réalisé le bloc et qui rédige son compte-rendu. Pas d'autres soignants. La patiente dit à l'interne « je vais dormir un peu » ; l'interne répond « d'accord » et reprend son travail ; aucune alarme. Entrée du médecin senior qui constate une absence de réactivité de la patiente. Après avoir éliminés différents diagnostics, administration d'intralipides et transfert sous assistance au masque en salle. Réveil progressif aucune complication neurologique ou cardiaque ; chirurgie réalisée comme prévue. Dossier discuté : possibilité d'anesthésie plus distale? Solution adrénalinée? Nécessité d'une présence paramédicale continue dans la salle d'ALR? Difficulté objective des tableaux cliniques de prodromes avec nécessité de surveillance pendant 30 minutes.

Points positifs : *diagnostic et traitement engagé*

Points d'amélioration : *information des patients sur prodromes toxicité anesthésiques locaux / calcul systématique dose par kg max / Induction ALR = induction AG = 2 personnes minimum.*

MOTS CLÉS : *toxicité / anesthésique local / isolement*

| TYPES DE FACTEURS | FACTEURS CONTRIBUTIFS |
|---|---|
| Facteurs liés au patient | Education de patiente sur signes de toxicité des AL non réalisée « je vais dormir un peu » |
| Facteurs liés aux tâches et aux processus | Bloc axillaire avec 30 ml lidocaïne 1,5% non adrénalinée pour lésion isolée du 5ème doigt Réalisation entre 11h et 15h Malade scopée = aucune alarme (réglage des seuils) |
| Facteurs individuels (personnel) | Médecin en formation Faim Réalisation du bloc sans supervision – échographie (?) Connaissance des prodromes des signes de toxicité AL |
| Facteurs liés à l'équipe | Interne seul sans IDE ou autre personnel médical ou paramédical Chirurgien souhaite un garrot – pas de discussion sur changement de stratégie anesthésique (bloc ulnaire transformé en bloc axillaire) |
| Facteurs liés à l'environnement de travail | Heure du repas – personnel insuffisant Isolement géographique interne et patiente Matériel pour réalisation de ALR (échographie, ...) |
| Facteurs liés à l'organisation et à la gestion | Absence de supervision continue de l'interne par un sénior |
| Facteurs liés au contexte institutionnel | |



HYPOTENSION ARTERIELLE PROFONDE

Mastectomie prophylactique et plastie mammaire par prothèse en un temps chez une femme de 30 ans ASA 1. Chirurgien en retard, la patiente reste avec le chirurgien seule et l'IBODE pour faire les dessins. A mon retour, la patiente est installée les bras le long du corps. Je mets difficilement le monitoring en particulier le brassard à tension (bras étant pris par un drap dans cette installation). Induction sans problème. Le brassard fuit, je le change sous les champs : rupture du monitoring tensionnel pendant 20 minutes. Capno stable. PAD maintenu entre 50 et 75.

Je suis appelé par une IADE pour l'aider à induire une patiente obèse BMI 65 pour une coloscopie et une fibroscopie. Je confie la surveillance de ma salle à une IADE qui était entre deux interventions, lui fait les transmissions et prévient un médecin anesthésiste qui devra sans doute prendre le relais.

L'infirmière anesthésiste repart sur son programme et appelle le médecin anesthésiste qui arrive 10 minutes après avec une patiente installée par le chirurgien en position assise, la PNI est im-
prenable depuis 20 minutes. Patiente rallongée, Administration de néosynéphrine et d'éphédrine, pose d'un 2° brassard au pied. La patiente met 30 minutes à se réveiller avec une nuque hypertensive et une tête tournée sur la droite. Une hypertension en décérébration spontanée pas de réflexe à la nociception, des pupilles en mydriase. Amélioration progressive jusqu'au réveil complet sans aucun trouble des fonctions supérieures mais une asthénie persistante jusqu'au lendemain matin témoignant bien d'un bas débit cérébral.

Points positifs: *récupération ad integrum*

Points d'amélioration: *résister à pression temporelle (monitorage non fonctionnel) / réduire le nombre de relève (relais assuré par une IADE puis par un médecin sénior qui fait office de chef de service et que je n'ai pas voulu déranger. La logique aurait été de ne faire qu'un seul relais, une seule transmission...)/ aucun changement de position sans accord anesthésiste / réglage des alarmes sonores*

MOTS CLÉS : *pression de production / communication / position*

REP LASER HEMORRAGIQUE

Appel par les étages de l'anesthésiste d'astreinte pour un patient en « caillottage » hémorragique à JO (H+6 d'une REP laser). Il est 18h00, le chirurgien est en consultation et informé depuis plusieurs heures des manœuvres de décaillottage itératives depuis la salle de réveil. À l'arrivée en SSPI en vue d'une reprise le patient est pâle, douloureux, tachycarde et normotendu. L'hémocue révèle une anémie à 8 g/dl. 2 événements vont alors altérer une situation déjà délicate :

1/ le chirurgien, sur ces éléments estime que l'on peut attendre 1h00 la fin de sa consultation et refuse dans un premier temps que l'astreinte de garde « s'occupe de son patient »

2/ Découverte 8h après la première intervention que les RAI <72h sont absentes.

Un malaise à 60/40 mm Hg va précipiter la reprise au bloc pour décaillottage hémorragique sous AG. Le patient recevra après retard 3CGR – 3PFC – 1g EXACYL. L'hémoglobine de départ était de 14g/dl. A la sortie du bloc, après transfusion, on retrouvait 9g/dl.

Points positifs : *détection et alerte par IDE / prise en charge en SSPI*

Points d'amélioration: *absence de conscience de situation du chirurgien malgré la demande de l'anesthésiste (communication ?) / Recours aide cognitive « hémorragie » / biais cognitif (prostate laser ne saigne pas) / RAI non nécessaire si urgence vitale.*

MOTS CLÉS : *dossier incomplet / conscience de situation / prostate laser*

ABORD VEINEUX DIFFICILE

Patiente obèse morbide avec hernie hiatale et RGO devant être opérée d'une cholécystectomie sous AG. Patientte ayant des abords veineux difficiles. Echec de 1ère VVP. Deuxième ponction difficile au pli du coude avec doute sur qualité de VVP faisant vérifier la perméabilité par injection de 10 cc de sérum physio en IVD sans douleur. La patientte déclare « d'habitude, on me fait mes prises de sang facilement sur ce bras ». Transfert en salle d'opération avec patientte difficilement mobilisable. Crush induction décidée devant RGO et obésité morbide. Branchement de 500 cc de cristalloïdes sur VVP avec goutte à goutte « capricieux ». Malgré tout, décision d'induction IVD avec 200 mg de propofol et célocurine 100 mg après préoxygénation vérifiée FeO₂ > 0,9. Après induction, patientte rapporte au bout de 15 secondes l'absence de somnolence et elle s'en étonne : « c'est étrange, ce n'est pas comme d'habitude ! ». Rien à 30 secondes. Devant la crainte d'une curarisation due à la célocurine associée à une hypnose insuffisante chez une patientte potentiellement difficile à ventiler et à intuber, décision d'approfondissement au sévoflurane. Information de l'IBODE et de l'aide opératoire que la VVP est non fonctionnelle. Appel à l'aide pour abord veineux. Arrivée du renfort, pose de VVP et induction sans problème permettant la sécurisation des voies aériennes. Aucun souvenir de la patientte.

Points positifs : *point de situation avec l'équipe présente / situation critique anticipée*

Points d'amélioration: *doute en cas de VVP fonctionnelle indispensable = NO GO / appel à l'aide plus précoce (avant induction sevoflurane) / lutter contre effet de « l'autruche »*

MOTS CLÉS : *voie veineuse / induction séquence rapide*



MATERIEL NON FONCTIONNEL

Un patient est installé pour pace maker définitif en première position à 8h. Il a été appareillé par une sonde de PM externe pour BAV complet qui a récupéré. Lors d'une poussée hypertensive, le patient étant déjà intubé, un B-Bloquant est injecté. Le patient développe un BAV complet. Dans le chariot de réa, le PM ext n'a pas le bon connecteur : impossible de connecter la sonde. A cette heure la consultation de cardiologie est fermée et l'infirmière en chef de la réa n'est pas là. Personne ne trouve le connecteur pendant le massage cardiaque externe. Une nouvelle sonde ext est installée et branchée au PM ext. Transfert en réa, pas de séquelle pour le patient

Points positifs : *suites sans séquelles évidentes*

Points d'amélioration: *Standardisation des PM externes et sondes compatibles / Checklist en équipe et anticipation d'éventuels incidents / fiche aide cognitive « activité électrique sans pouls » / échange avec cardiologue sur traitements médicaux contre-indiqués (BAV type II et III non appareillé – beta bloquants) / déclarer son inconfort*

MOTS CLÉS : *checklist / PM externe / matériel*



MONITORAGE TENSIONNEL PEROPERATOIRE

Patiente âgée de 70 ans avec HTA. Elle est opérée en fin de journée d'une chirurgie de rachis - induction à 18 h. Induction sans problème après une journée « interminable ». Mise en DV et début de chirurgie. Apparition 50 minutes après l'induction d'une bradycardie avec SaO₂ imprenable. Dernière TA 89/55. Découverte que TA non prise depuis 50 minutes (indication sur scope). Relance de mesure de PNI objectivant une hypoTA à 55/30. Injection de phényléphrine IVD et restauration de hémodynamique.

Suites en SSPI sans conséquences

Lors du retournement de la patiente en DV, arrêt de mesure automatique de PNI et oubli de relance de PNI pendant 50 minutes. Feuille d'anesthésie informatisée sans besoin de noter les données peropératoires.

Points positifs : *absence de conséquences et correction de l'hypoTA*

Points d'amélioration: *réduction des amplitudes horaires pour réduire la fatigue après 11h d'activité / équipements médicaux corrigeant ou signalant l'absence de mesure de paramètres vitaux alors que enregistrement de pouls, SaO₂ / point de situation à l'incision.*

MOTS CLÉS : *fatigue / hypotension / dispositif médical*



SURESTIME DE SOI ET IATROGENIE

Relève en SSPI entre anesthésiste de jour et celui de garde. Patient âgé de 82 ans ayant eu une pose de chambre implantable à gauche difficile par le chirurgien en fin de programme vers 18h. Réalisation d'une AG en cours de geste car mise en place difficile et longue. Finalement, l'anesthésiste rapporte, avec une pointe d'ironie, avoir ponctionné en percutané la veine sous-clavière pour le chirurgien qui n'arrivait pas à le faire par abord chirurgical. Il ne déclare pas avoir eu de difficultés (nombre d'essais non rapportés). Patient extubé en SSPI et sous oxygène au masque. L'anesthésiste de garde n'arrive pas à diminuer l'oxygène au-dessous de 10 l/min sans chute de la SaO₂. Doute sur diminution du murmure vésiculaire à gauche. Demande à 19h55 d'une radio de thorax en urgence. Manip radio non joignable à 4 reprises sur DECT. Apparition d'ESV puis de salves de TV courtes se majorant dans un contexte de désaturation artérielle sans défaillance hémodynamique. Décision de ponction à l'aiguille avec cathéter de 14G dans 2ème EIC sur ligne médio claviculaire. Perception d'un «pschitt». Appel de la manip radio qui arrive enfin car elle avait oublié son téléphone dans le vestiaire. Confirmation d'un pneumothorax gauche de la grande cavité qui sera drainé. Les suites seront simples.

Points positifs : *diagnostics différentiels éliminés,*

Points d'amélioration: *radio thorax systématique en postopératoire immédiat / conscience de la fatigue et des biais (surestime de soi) / utilisation de l'appareil d'échographie pour diagnostic de pneumothorax / planification de gestes difficiles plus précocement chez patients fragiles*

MOTS CLÉS : *iatrogénie / pneumothorax / surestime de soi*



DEFIBRILLATEUR DEFECTUEUX

Appel à l'aide par deux collègues pour prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire d'étiologie indéterminée chez un patient opéré quelques jours auparavant. A l'arrivée, massage cardiaque externe en cours, charriot d'urgence amené, matériel d'intubation oro-trachéal prêt. Pose de voie veineuse périphérique avec mise en place des pads du défibrillateur. Tracé absent et découverte d'une alarme « panne batterie » non remarquée par les premiers intervenants (IDE à la préparation des drogues, 1 MAR au massage et un MAR à la perfusion). Le chariot d'urgence avec le défibrillateur a été amené sans le cordon d'alimentation dans la précipitation. Il est testé quotidiennement et le problème avait déjà été signalé par IDE au responsable à plusieurs reprises.

Points positifs : *Appel à l'aide réalisé / procédure prise en charge ACR suivie : répartition des rôles*
Points d'amélioration : *Suivi des réparations en cours avec gradation de l'urgence d'actions à mener / Absence d'alarme verbale du DSA / signalétique interne d'avertissement appareil défectueux connue de tous (ex : ruban « remove before flight »)*

MOTS CLÉS : *défaillance matériel / ergonomie DSA*

STRESS, PROBLEMES RELATIONNELS ET ALGORITME

Médecin anesthésiste d'astreinte appelé par surveillante du bloc central alors qu'il faisait sa visite dans les étages. Le motif de l'appel est qu'il y a une «accouchée qui saigne» d'une gynécologue connue pour être stressée et jugée peu compétente. Selon la surveillante, la patiente doit être descendue au bloc central pour prise en charge. Cette procédure est inhabituelle car les patientes de maternité sont prises en charge au bloc dédié. Info obtenue auprès gynécologue de thrombus vaginal et saignement évalué à 500 cc. APD en place interrompue depuis 90 min. Hémodynamique stable permettant anesthésie péridurale pour geste exploration filière génitale. Gynécologue inquiète. Pas de pose de sonde urinaire et volonté d'explorer «tout de suite». Pose de sonde urinaire à M+30 et globe de 1000 cc sans saignement utérin. 2ème bilan sang non réalisé car saignement peu important selon évaluation. De plus, la patiente est stable sans saignement actif et en pleur. Finalement, devant insistance de la gynécologue, pose de 2ème VVP et bilan sang qui reviendra normal.

Points positifs : *gestion de l'urgence*

Points d'amélioration: *transmission du message d'alerte standardisé (SAED) / faire abstraction de problèmes relationnels / éviter les jugements a priori*

MOTS CLÉS : *hémorragie / post-partum / communication*

CONCLUSIONS A RETENIR

Equipe performante = 3 C (communication, coordination, collaboration)

Danger du monitoring peu ergonomique et silencieux

Education du patient avant la procédure sur d'éventuels symptômes à signaler

Anticiper l'APPEL A L'AIDE

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ARMSTRONG INSTITUTE. Improving patient Safety Culture – Patient Safety Certificate Program [en ligne]. http://www.hopkinsmedicine.org/armstrong_institute/ (consulté le 25 avril 2017)
- (2) Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge : Cambridge University Press.
- (3) Dekker, S. (2007) Just culture – Balancing Safety and Accountability. Aldershot : Ashgate. 153p
- (4) Daniel Kahneman, « Thinking, fast and slow », Penguin Press NF, 2012
- (5) Fermin Moscoso del Prado Martin, « The thermodynamics of human reaction times », 2009
- (6) Jack A. Tuszynski, « The emerging physics of consciousness », Springer Science, 2006
- (7) George A. Miller, « The magical number seven, plus or minus two », Harvard University Press, 1956
- (8) Flight Safety Foundation, « The ALAR Toolkit », Flight Safety Digest, November 2000

ILLUSTRATION DE LA DIFFICULTÉ DU TRAVAIL EN ÉQUIPE ET DE L'IMPORTANCE DES CRM :

- Martin Bromiley. Just a routine opération. In : Youtube [13'56«]. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=JzlvgtPlof4> (consulté le 4 mai 2017)
- NHS Maternity Care – Awareness Campaign In : Vimeo [8'21«]. <http://voiceinside.co.uk/> (consulté le 10 mai 2017)

A VENIR :

- Soutien de la SFAR pour encourager le reporting via la plateforme ANESTHESIA SAFETY NETWORK
- Journée coorganisée par ESA et ASA à Boston le 20 octobre 2017 portant sur la qualité et la sécurité des soins