

---

# ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES  
Newsletter #006 - décembre 2017



**TOWARD EXCELLENCE  
IN HEALTHCARE**

---

# INTRODUCTION

Anesthesia Safety Network  
Newsletter #006 - décembre 2017

La dernière newsletter de l'année 2017 est l'occasion de faire un bilan sur cette année riche en partage et discussions.

Plus de 1000 inscrits mais toujours cette difficulté à déclarer sur la plateforme. N'hésitez pas à me signaler les freins ou réticences afin de faire évoluer l'outil. Y-a-t'il des craintes sur l'anonymat ? Est-il plus simple de parler des succès plutôt que des événements perçus comme des échecs voire des erreurs ? Sachez qu'il est également possible de déclarer ses réussites d'autant plus qu'elles découlent souvent de l'ingéniosité humaine.

Pour René Amalberti<sup>1</sup>, la sécurité totale est la somme de la sécurité réglée (procédure) et de la sécurité gérée (ingéniosité des acteurs de terrain). Cette sécurité gérée, que certains expriment par la résilience, dépend directement des acteurs de première ligne et pas uniquement des procédures fournies par le top-management. Pour Steven Shorrock<sup>2</sup>, l'ingéniosité humaine (la créativité, l'expérience, l'heuristique, les connaissances) ne doit pas s'effacer derrière une dépendance aux checklists qui ne peuvent pas tout prévoir. Au-delà des échecs, on se doit également d'analyser les succès (Safety-I et Safety-II).



- ▶ Quant à Sidney Dekker, auteur de nombreux ouvrages portant sur le concept de « Just Culture » et d'une approche différente de la sécurité, cette dernière repose avant tout sur la culture de sécurité adaptée puis adoptée par les acteurs de première ligne (Safety differently)<sup>3</sup>.

Fin octobre 2017 lors du congrès de l'ASA à Boston, j'ai pu rencontrer certains d'entre vous ainsi que des collègues et certains membres d'organisations professionnelles Européennes et Nord-Américaines. Des projets de collaborations sont en cours et vous en serez informés dans les mois à venir.

Ce congrès a été également l'occasion de faire le point sur certains thèmes notamment la fatigue et les stratégies à implémenter pour atténuer ses effets néfastes sur la qualité des soins avec la présentation de Erin Flynn-Evans. L'article paru en octobre 2017<sup>4</sup>, dont elle est co-auteur, traite de la façon de gérer le risque induit par la fatigue sur les performances (dette de sommeil, durée de travail augmentée, travail de nuit, inertie du sommeil) ainsi que des outils à implémenter pour réduire son impact (planification des périodes de travail, siestes « tactiques », microbreaks, caféine, lumière forte (spectre bleu)). Un cas rapporté dans cette newsletter illustre ce problème de « dette de sommeil ».

Plusieurs conférences ont également fait le point sur les programmes anciens de mise en place des aides cognitives aux USA avec des propositions pour les faire adopter par les équipes de première ligne. Cet effort pédagogique semble indispensable afin que ces outils ne restent pas confinés au fond d'un placard mais qu'ils soient utilisés efficacement en situation de crise ([www.implementingemergencychecklists.org](http://www.implementingemergencychecklists.org)).

L'éditorial est à nouveau rédigé par Claude Valot qui m'avait fait l'honneur de l'écrire également pour le premier numéro. Son éclairage nous permet une nouvelle fois de souligner ce que nous suspectons : l'illusion de performance.

Sans vous (IADE, MAR, IDE, CHIRURGIENS,...), sans vos déclarations, cette plateforme n'existerait pas ! Alors merci de continuer à déclarer vos événements sur la plateforme.

Frédéric MARTIN

« LA SÉCURITÉ TOTALE EST LA  
SOMME DE LA SÉCURITÉ RÉGLÉE  
(PROCÉDURE) ET DE LA SÉCURITÉ  
GÉRÉE (INGÉNIOSITÉ DES ACTEURS  
DE TERRAIN)<sup>1</sup> »



# EDITORIAL

## Doute et illusion de performance

Dans nombre des événements rapportés dans les livraisons trimestrielles d'ASN, une personne s'est dit : «Cela va aller...» : le matériel n'est pas tout à fait..., le patient pas tout à fait... l'équipe pas tout à fait, mais cela va aller...

Et cela n'a pas été : effets insuffisants, coopération absente, données manquantes...

Au bilan, cela a réduit les chances des patients, parfois considérablement.

Cette courte phrase est l'expression d'une **illusion de performance**.

Développons. «Cela va aller» exprime : «Il y a des écarts, bien sûr, mais nous sommes performants, ils sont bons, je suis bon, ce n'est donc pas la peine de...».

Le paradoxe de ces événements, en termes de Facteurs Humains, est que la plupart de ces personnes se sont d'abord dit «cela ne va pas» car «je ne suis pas sûr de moi, ce système est bizarrement installé, cette pratique n'est pas la bonne, les résultats manquent...». Elles ont douté, ne serait-ce que quelques instants, puis effacé ce doute ou n'ont pas osé l'énoncer.

Ces écarts ont bien été perçus comme un signal, mais pas comme une alarme.

Ce fonctionnement humain très spontané est notre manière d'agir en «**juste suffisant**».

Pour aller faire ses courses ou dans une activité sans risque, c'est bien assez, effectivement. Pas pour la sécurité du patient. **L'amplification des doutes** doit, au contraire, élever le réglage indispensable du mode «**juste suffisant**». L'expression d'un doute doit être renforcée, entendue, énoncée, partagée, acceptée, encouragée car elle est un signal d'alarme efficace. Que ce soit le vôtre, ou celui des collègues, ou celui du patient, dans tous les cas, ce doute doit bénéficier aux patients.

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

« L'EXPRESSION D'UN DOUTE DOIT ÊTRE RENFORCÉE,  
ENTENDUE, ÉNONCÉE, PARTAGÉE, ACCEPTÉE, ENCOURAGÉE  
CAR ELLE EST UN SIGNAL D'ALARME EFFICACE »

Lorsque nous lisons des rapports d'incidents, nous ne pouvons souvent nous empêcher de nous dire : « Cela se serait probablement mieux passé si ils avaient fait X ou Y... » Bien sûr, une analyse à froid est toujours plus facile. Et c'est précisément tout l'intérêt du partage d'expérience. Cela nous permet de nous remettre en question au travers de la lecture de ce que nos collègues ont vécu. Sachons profiter de cette aubaine. Dans plusieurs événements proposés par ASN, il semble qu'un bon briefing aurait facilité la vie de l'équipe.

#### Un briefing ? Pour quoi faire ?

Sans prétendre établir une liste exhaustive des bonnes raisons de réaliser un briefing, voici quelques atouts de cet outil utilisé plusieurs fois par vol en aviation civile.

Un briefing permet :

- de partager le plan d'action et de s'assurer que tout le monde a compris,
- d'exposer les risques,
- d'établir le plan B,
- d'inviter tous les membres de l'équipe à partager toute information jugée utile et à exprimer leurs doutes, tout au long de la mission,
- de partager des facteurs de risques personnels, tels la fatigue, le stress, l'inconfort, le manque d'habitude, etc...

Un briefing permet d'améliorer significativement la performance de l'équipe par une intégration synergique des performances individuelles. Tout comme pour une check-list, dix secondes investies dans un briefing sont potentiellement dix minutes de gagnées plus tard.

#### Inviter les autres à s'exprimer ? Et mon égo là-dedans ?

Afin de pouvoir réaliser un bon briefing, il est nécessaire de réussir à équilibrer son égo. Il est nécessaire d'accepter sa propre faillibilité. Il est nécessaire d'accepter l'expertise de l'autre, de le voir comme un allié, et de faire la balance entre les responsabilités de chacun et l'objectif commun.

A chaque instant, la seule bonne question à se poser est :

« *Qu'est-ce qui est le mieux pour la sécurité du patient ?* »

Un bon briefing permet également au leader de l'équipe d'établir son leadership.

Rappelons-nous que devoir faire preuve d'autorité, c'est déjà en manquer.

#### Un briefing ? Comment faire ?

Un briefing doit être **bref** (brief) afin de ne pas endormir ceux qui le reçoivent. Il doit être mené à un moment où tout le monde est disponible, en réalisant un réel « **time out** ». Et comme c'est le cas pour le développement de toute nouvelle compétence, réaliser un briefing efficace nécessite de la pratique. Particulièrement au début, il est recommandé de s'appuyer sur une « **briefing card** » que chacun construira en fonction de ses préférences. Pour ce qui est de son contenu, les points listés plus haut sont un excellent départ.





## DETRESSE RESPIRATOIRE EN SSPI

Patiente de 40 ans obèse, noire de peau, Antilles anglaise parlant peu le français. Elle vient pour une colonoscopie. La saturation artérielle en dioxygène ( $\text{SaO}_2$ ) avant l'induction est à 86 % en air ambiant avec quelques sibilants. L'induction est faite au propofol et au remifentanyl. Pose d'un masque laryngé (ML). La fraction inspirée en dioxygène est maintenue à 60-70 % en per opératoire afin d'assurer une bonne oxygénation. En salle de réveil (SSPI) entre 11 et 15 h, survenue d'un bronchospasme sur le masque laryngé lors de la phase de réveil. Il est non détecté initialement (pas de cyanose visible : noire de peau). La  $\text{SaO}_2$  est imprenable en raison d'une agitation au réveil avec mains serrées. Apparition sur le scope d'un tracé d'asystolie mais l'infirmier (IDE) de SSPI l'interprète comme une électrode débranchée. En réalité, bradycardie extrême dans un contexte d'hypoxie profonde (dernière  $\text{SaO}_2$  à 55% malgré la ventilation en  $\text{FiO}_2$  1.0 sur le ML). La patiente est en trismus serré sur le masque laryngé. Le massage cardiaque externe est débuté et rapide décision d'intubation oro-trachéale (IOT) en séquence rapide (préparation de propofol par IDE seul en SSPI). Suxaméthonium non disponible donc nécessité d'appel à l'aide (bouton rouge alarme). Le renfort apporte le suxaméthonium et un autre anesthésiste (MAR) arrive en SSPI pour injecter les drogues d'induction. Je reste à la tête durant l'ensemble de la crise pour privilégier l'oxygénation (problème des ballons en SSPI avec valve de DIGBY LEIGH ne permettant pas de ventiler seul à 2 mains). Après IOT, rapide amélioration de la  $\text{SaO}_2$  et reprise d'un rythme cardiaque normal. A l'auscultation pulmonaire : sibilants dans les deux champs pulmonaires. Après le réveil de la patiente en VSAI (ventilation spontanée avec aide inspiratoire), puis extubation, la patiente nous dit être suivie par un pneumologue dans l'établissement pour syndrome obstructif et restrictif. Elle déclare avoir fumée beaucoup de cigarettes avant l'anesthésie et être essoufflée depuis plusieurs jours. Aucun de ces antécédents n'était noté dans la consultation d'anesthésie effectuée par une remplaçante non habituée. Cette dernière ne savait pas que le pneumologue de la patiente exerçait dans l'établissement. Le dossier du pneumologue n'était pas partagé informatiquement avec l'établissement.

**Points positifs :** *issue favorable*

**Points d'amélioration :** *qualité de la consultation d'anesthésie (barrière de la langue, absence de partage d'information), qualité de la visite pré anesthésiste (tabac et dyspnée pré op) / Savoir faire un No Go ( $\text{SaO}_2$  basse avant induction = stop) / suxaméthonium en SSPI à disposition / anticipation / conscience de situation en pré et perop.*

**MOTS CLÉS :** **No Go / bronchospasme / conscience de situation**

Analyse selon le London Protocol ou grille ALARM <sup>5</sup>

TYPES DE FACTEURS	FACTEURS CONTRIBUTIFS
<b>Facteurs liés au patient</b>	Problème de compréhension Patiente noire (détection cyanose) Tabagisme actif Asthme exacerbé avec SaO <sub>2</sub> 86 % en air ambiant non déclaré
<b>Facteurs liés aux tâches et aux processus</b>	Rapport de la consultation d'anesthésie incomplet, Absence de partage de dossier médical avec pneumologue de l'établissement Colonoscopie « simple »
<b>Facteurs individuels (personnel)</b>	Médecin énervé (entre 11 et 15 h) Absence de No Go Absence de détection de bradycardie extrême par IDE de SSPI
<b>Facteurs liés à l'équipe</b>	IDE seul en SSPI, Consultation d'anesthésie faite par une remplaçante (1er remplacement dans la structure) Difficulté pour obtention d'aide
<b>Facteurs liés à l'environnement de travail</b>	Isolement en période de déjeuner, Absence de réfrigérateur pour conservation du suxaméthonium Ballon de ventilation manuelle avec valve de DIGBY LEIGH
<b>Facteurs liés à l'organisation et à la gestion</b>	Ressources financières réduites (IDE seul, ...) Pression de production afin de rentabiliser les structures Absence de partage informatique de dossier
<b>Facteurs liés au contexte institutionnel</b>	Réduction du déficit de la sécurité sociale



## SIMULATION SANS AIDE COGNITIVE

---

Lors d'une séance de simulation haute-fidélité, discussion avec un IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'état) entre deux scénarii sur la stratégie de prise en charge des incidents dus à une toxicité systémique aux anesthésiques locaux. J'évoque « l'interdiction » d'administrer de l'amiodarone en cas de fibrillation ventriculaire (FV) dans ce cadre. Quelques minutes plus tard, un cas de simulation est présenté et il s'agit d'un patient ayant un bloc axillaire (BAX) avec survenue d'une crise convulsive puis FV. Je suis seul avec des IADE et désigné comme « leader naturel ».

Dès la constatation de la FV, je demande de pratiquer le massage cardiaque externe (MCE) et de faire venir le défibrillateur. Après quelques secondes qui paraissent des minutes, je fais le diagnostic de possible toxicité aux anesthésiques locaux (cas évident et presque attendu). Je demande l'administration d'intralipide IV et, devant la FV qui persiste après 3 chocs électriques, j'ordonne l'administration d'amiodarone en bolus IV.

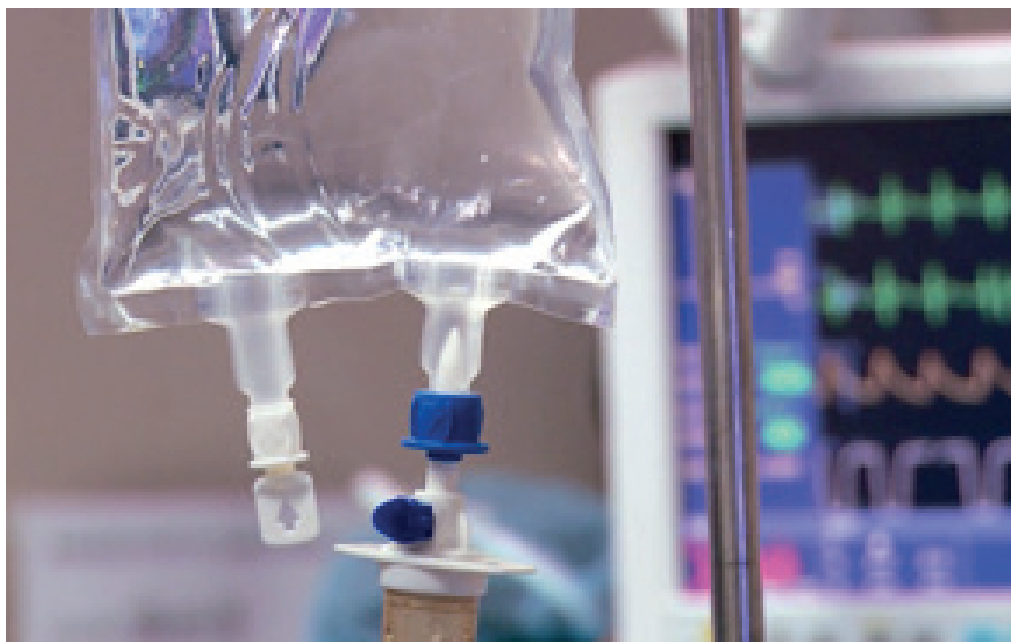
Le cas s'achève et je réalise a posteriori que j'ai demandé l'administration d'un produit que je sais non-recommandé.

Points positifs : *diagnostic / défibrillation / connaissances théoriques*

Points d'amélioration : *gestion du stress / aide cognitive / contrôle croisé par les équipiers*

**MOTS CLÉS :** *simulation / aide cognitive / toxicité*





## CESARIENNE NOCTURNE

Césarienne en urgence pour siège à 8 cm de dilatation – patiente en provenance du domicile à 1h30 du matin – très algique à son arrivée – Elle refuse un accouchement par voie basse et une césarienne est décidée. Les repères anatomiques sont difficiles du fait du surpoids (ponction difficile x 3 – reflux LCR (liquide céphalo-rachidien) clair à bout d'aiguille de 9 cm). La rachianesthésie s'installe. Un co-remplissage est réalisé avec 1000 cc d'un soluté perfusé en débit libre avec une poche à pression. Après extraction du nouveau-né, ajout de 20 mg de nefopam dans le restant de la poche de soluté. A la fin de l'intervention découverte que le soluté de 1000 cc était du glucose 5 %. Débriefing réalisé avec la sage-femme ayant installée et branchée la voie veineuse. Elle s'est rendue compte que le premier pochon sélectionné était du G5%. Elle l'a changée en prenant une poche dans le bac contenant normalement du Ringer lactate (RL). En fait, elle a pris à nouveau du G5% sans s'en rendre compte persuadée que c'était du RL. Ce bac étiqueté est spécifique au RL. Il est situé dans un endroit « sombre » de la réserve d'autant plus que l'un des plafonniers était défectueux avec une pénombre dans la zone de stockage. Les suites seront simples sans hyponatrémie ni hypotension artérielle.

**Points positifs:** *Débriefing avec enquête sur facteurs contributifs*

**Points d'amélioration:** *double contrôle avec lecture soluté en perfusion systématique lors de vérification voie veineuse / volume de poches de solutés de 500 cc et non 1000 cc / ergonomie des zones de stockage de produits médicaux*

**MOTS CLÉS :** *erreur médicamenteuse / fatigue / urgence*



## INCONFORT ET PEUR DU JUGEMENT

Premier remplacement en tant que MAR dans un établissement privé. Seul en charge d'une salle. Une patiente ASA 2 doit être opérée d'une mastoplastie droite. Il n'y a pas de difficulté d'intubation prévisible notée. Le MAR remplaçant ne trouvant pas de curare en salle, interroge un des MAR de la clinique qui répond : « on n'en utilise jamais ». Après quelques minutes de recherche, le remplaçant finit par en trouver. En revanche, pas de moniteur de curarisation disponible. Réalisation d'une induction classique avec 1ère laryngoscopie trop précoce (sensation d'être observé par chirurgien et l'aide opératoire habillés mais qui ne verbalisent aucune impatience). Le médecin constate une ouverture de bouche limitée (pourtant notée >35mm sur la consultation d'anesthésie). Il se sent mal à l'aise et dit qu'il a une difficulté d'intubation. Changement de taille de lame et finalement, intubation lors de la 3ème laryngoscopie. Aucune désaturation artérielle en oxygène. Il note une plaie de la lèvre supérieure.

A posteriori, le déclarant rapporte avoir été déstabilisé par ce premier remplacement. Il a été mal à l'aise devant la relative moquerie des MAR titulaires vis à vis de sa décision de curariser pour intuber. La sensation d'une pression de productivité était bien ressentie sans jamais avoir été exprimée par le chirurgien.

**Points positifs:** *application d'une procédure recommandée pour intubation oro-trachéale*

**Points d'amélioration:** *absence de moniteur de curare obligatoire / briefing avant induction et début de journée opératoire (présentation, état général des intervenants) / bienveillance des soignants*

**MOTS CLÉS :** *morbidity / intubation / curare*

## FATIGUE ET ALTERATION DE LA PERFORMANCE

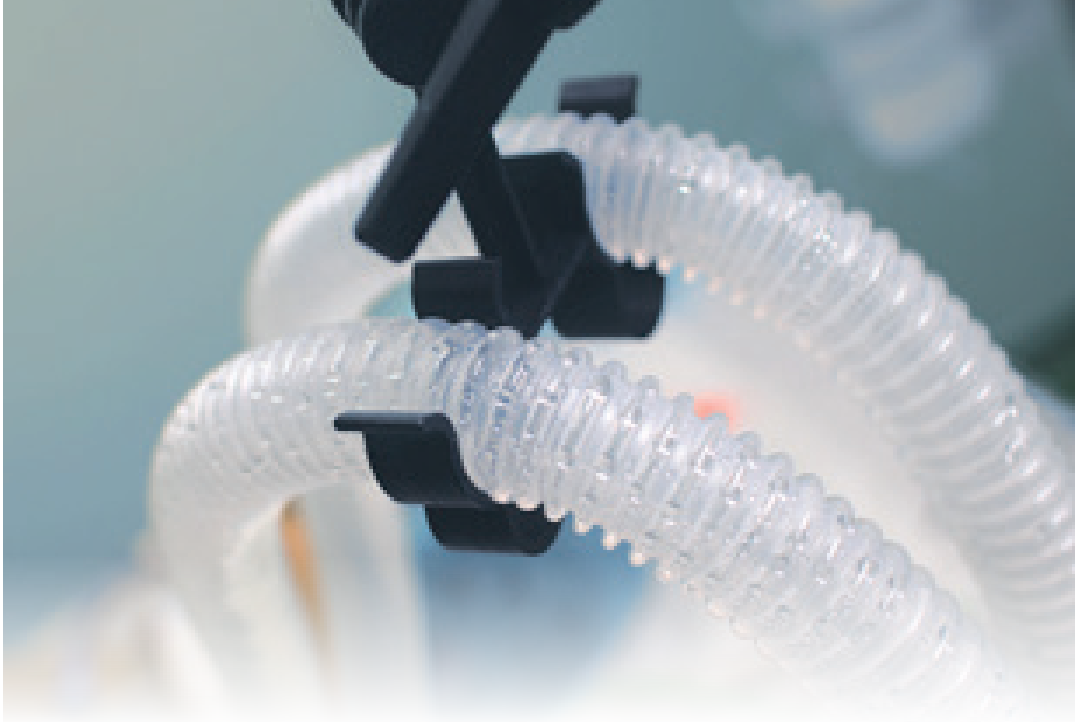
Arrivée en garde un vendredi à 18 h. Relève à la fin d'une intervention programmée : coloplastie colon droit pour remplacement d'un œsophage (œsophagite caustique secondaire à l'ingestion d'un produit ménager). L'équipe chirurgicale est également l'équipe de garde. Réception de nombreux appels durant l'intervention pour avis aux urgences. Par ailleurs, le chirurgien senior a pris de nombreuses gardes durant la semaine (lundi mercredi vendredi) ainsi qu'activité en lendemain de garde. Fin d'intervention sans difficulté et transfert du patient en réanimation. Vers 23h, doute du chirurgien quant à l'appendicectomie.

Echographie cervicale du patient en réanimation objectivant un appendice. Absence de notification par l'IBODE (infirmière de bloc opératoire) de l'appendice retiré durant l'intervention programmée. Le patient est toujours intubé et sédaté en réanimation. Décision de reprise au bloc opératoire à 00h avec fin d'intervention vers 2h sans complication.

**Points positifs:** *diagnostic et prise en charge de l'oubli. Aucune complication. Suite en réanimation simple*

**Points d'amélioration:** *fatigue accumulée par l'équipe / Interruptions de tâche multiples avec absence de « cockpit stérile » (intervention jugée difficile – appels téléphoniques) / dette de sommeil (gardes multiples, absence de microbreaks) / absence de briefing / Check-list finale de sortie non faite en équipe.*

**MOTS CLÉS :** *fatigue / urgence / checklist*



## TUNNELISATION A L'INDUCTION

---

Fin de journée au bloc central. Entrée en salle de l'IBODE de la salle adjacente pour demander un stéthoscope à l'anesthésiste (MAR 1) pour un de ses collègues qui a un « problème ». Pas d'appel à l'aide de ce dernier. Le MAR 1 donne son stéthoscope et décide d'accompagner l'IBODE. A son arrivée, il découvre un patient endormi et intubé. L'hémodynamique est stable mais la SaO<sub>2</sub> est à 75 %. L'anesthésiste (MAR 2) dit qu'il n'arrive pas insuffler et ventiler sur la sonde d'intubation du patient. Il suspecte un bronchospasme sévère. Le MAR 1 ne retrouve pas de capnométrie et les pressions d'insufflations sont très élevées. Sans demander l'accord du MAR 2, il passe les gaz respiratoires sur le circuit accessoire et ventile le patient sans difficulté avec apparition d'une courbe de capnométrie et correction de l'hypoxie. Le MAR 2 découvre alors que le tuyau du circuit machine était écrasé par une des roues du brancard. Le problème est résolu.

**Points positifs:** *mise en sécurité automatique du patient pour analyse de situation sans stress / prise de leadership par aidant devant tunnelisation du MAR en salle*

**Points d'amélioration:** *utilisation d'une aide cognitive (hypoxémie peropératoire) / appel à l'aide précoce / communication entre praticiens*

**MOTS CLÉS :** *erreur de fixation / désaturation / circuit respiratoire*



## CONFLIT ENTRE SOIGNANTS

Patiente relate dans un courrier son vécu en post-partum de son accouchement voie basse avec analgésie péridurale une veille de weekend. Difficulté lors de la pose de APD (anesthésie péridurale) avec plusieurs ponctions du MAR 1. Survenue de paresthésies fugaces et analgésie par la suite jugée insuffisante. Le mari de la patiente était en salle et avait eu un malaise vagal lors de la ponction. Il s'était écroulé sur sa femme. La patiente signale à JO des céphalées. Evocation rapide par l'équipe para-médicale en suite de couche d'une possible brèche dure-mérienne (BDM) pouvant éventuellement nécessiter un blood patch. Persistance de la gêne à J1 et J2 avec céphalées s'intensifiant en fin de journée. La patiente est informée que l'anesthésiste de garde est au courant mais pas de visite. A J3 (jour de sortie), les céphalées s'intensifient, la patiente est descendue en SSPI pour un blood patch. Un collègue du MAR 1 ayant fait la péridurale (MAR 2), recherche dans le dossier une trace éventuelle de BDM rapportée. Estimant que : « ce n'est pas noté », il refuse de faire le blood patch malgré l'appel de IDE de suite de couche (conflit larvé entre MAR 1 et MAR 2).

La patiente sort de la clinique et revient aux urgences le soir. Injection de BDZ (benzodiazépine) par l'urgentiste et renvoi à domicile (patiente qualifiée de « grande anxieuse »).

A J4, les céphalées se majorent avec apparition de vomissements. Transfert vers un autre établissement par le SAMU. Imagerie cérébrale éliminera un problème cérébral. Réalisation d'un blood patch et disparition des symptômes.

**Points positifs:** *devenir de patiente / diagnostic évoqué par personnel de suite de couche*

**Points d'amélioration:** *communication insuffisante avec patiente à toutes les étapes / défaut d'information / absence de visite pour évaluation clinique et recherche de diagnostics différentiels / volonté de nuire à un collègue par l'intermédiaire d'une patiente algique*

**MOTS CLÉS :** *conflit / communication / éthique*





## RTUV DIFFICILE EN FIN DE PROGRAMME

Prise en charge en fin de programme opératoire d'un patient «gériatrique» (membre de la famille d'un confrère) pour résection de tumeurs de vessie. Il est 18h30 au moment de l'induction d'anesthésie. L'équipe en charge du malade est active depuis 7h00 du matin. Le chirurgien a effectué une journée opératoire «chargée» (5 cas dont 2 robots (prostate, néphrectomie demandant une forte concentration) et une urgence imprévue). Il semble pressé de finir cette «petite résection de

vessie». Très vite, au cours de l'intervention, il déplore des difficultés d'exposition vésicale. La navigation au cystoscope est non aisée. Le chirurgien semble inconfortable et partage son agacement et son stress à l'équipe (patient de la famille d'un de ses confrères). Tout le monde est fatigué et veut en finir avec cette journée exténuante. L'anesthésiste est alors informé que le cas est plus compliqué que prévu puisqu'il s'agit d'une vessie «radique». La vessie sera perforée et une conversion en laparotomie sera nécessaire avec aspiration de liquide d'irrigation dans la cavité abdominale. Le patient est transféré en salle de SSPI vers 21h30. Le lendemain, ce patient sera repris pour «décaillotage» vésical dans un contexte d'anémie aiguë.

**Points positifs:** *découverte de complication rapide et prise en charge*

**Points d'amélioration:** *mauvaise gestion du programme opératoire (cas complexe effectué tardivement) / absence de briefing avant démarrage du cas (antécédent de radiothérapie vésicale) / équipe en état de fatigue et confrontée à une complication=> stress / altération de perception de la situation / impact négatif sur la prise de décision / surcharge cognitive / phénomène de «persévérance» chez le chirurgien voulant terminer à tout prix ce dernier cas qui lui a été «spécialement» confié.*

**MOTS CLÉS :** *fatigue / check-list / briefing*



## INHALATION PENDANT COLOSCOPIE

Deuxième jour de remplacement dans un établissement. Affecté l'après-midi avec un IADE dans le secteur des coloscopies (2 salles). Arrivée en début d'après-midi d'une patiente difficile à perfuser (patiente en surpoids, anxieuse et stress de l'échec pour le médecin). Après 4 tentatives, pose d'une voie veineuse et induction anesthésique. Gastro-entérologue impatient. Début du geste avec montée du coloscope difficile et laborieux. Réalisation de nombreuses pressions abdominales par l'aide. Survenue d'une régurgitation avec toux et désaturation artérielle en oxygène. Demande de renfort de l'IADE pour intubation. Le gastro-entérologue dit que « c'est inutile » et qu'il n'a jamais vu ça. Il répète : « ce n'est pas possible ! ». Réalisation de l'IOT sans problème et amélioration de l'hématose de la patiente. Une radio thorax est demandée objectivant une opacité à la base pulmonaire droite. Le problème est expliqué à la patiente qui est maintenue hospitalisée avec une antibiothérapie probabiliste. Suites favorables.

**Points positifs:** *prise en charge, appel à l'aide*

**Points d'amélioration:** *éviter tunnelisation sur geste technique / travail en équipe interprofessionnel / bienveillance / entraide*

**MOTS CLÉS :** *pression de production / bienveillance / inhalation*

## CONCLUSIONS A RETENIR

- Doute doit être verbalisé à l'équipe
- Conscience de la fatigue inversement proportionnelle à celle-ci
- Impact de la fatigue sur la performance
- Objectif commun : devenir du patient indépendamment de problèmes relationnels ou personnels. C'est le patient qui prendra le risque sans avoir donné son accord, pas le soignant !

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Amalberti R: Piloter la sécurité : Théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires. Dordrecht, Springer Verlag France, 2012
- (2) Steven Shorrock: Toad's Checklist 2015 at <<https://humanisticsystems.com/2015/10/01/toads-checklist/>>
- (3) Sidney Dekker: Safety Differently | The Movie. at <<https://www.youtube.com/watch?v=moh4QN4IAPg&feature=share>>
- (4) Wong LR, Flynn-Evans E, Ruskin KJ: Fatigue Risk Management: The Impact of Anesthesiology Residents' Work Schedules on Job Performance and a Review of Potential Countermeasures. Anesth Analg 2017;1 doi:10.1213/ANE.0000000000002548
- (5) Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A: How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; 320:777-81

### SITES INTERNETS REMARQUABLES :

[The Trick To Surviving A High-Stakes, High-Pressure Job ? Try A Checklist at <https://www.npr.org/2017/10/30/559996276/the-trick-to-surviving-a-high-stakes-high-pressure-job-try-a-checklis>](https://www.npr.org/2017/10/30/559996276/the-trick-to-surviving-a-high-stakes-high-pressure-job-try-a-checklis)

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) - TeamSTEPPS® 2.0 : <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>

### A VENIR :

- JEPU Anesthésie et Réanimation - Paris - Porte Maillot - 23 au 24 Mars 2018
- Euroanaesthesia 2018 - Copenhague - Danemark - 2 au 4 Juin 2018
- International Forum on Patient Safety and Quality - Copenhague - Danemark - 1 Juin 2018