
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #009 - septembre 2018



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**



INTRODUCTION

Anesthesia Safety Network
Newsletter #009 - septembre 2018

Bonjour,

Pourquoi participer à une démarche de retour d'expérience ?

Les Retours d'EXpériences (REX) permettent d'analyser et de comprendre un événement de gravité variable afin d'améliorer de façon continue la qualité. La recherche des causes profondes d'un incident à l'aide par exemple de la grille ALARM recommandée par la HAS (recommandations HAS lien ou London protocol¹) est primordiale. Autre intérêt, cela permet de souligner et de partager les points positifs et les axes d'amélioration mais nécessite de l'humilité.

Au-delà des incidents, pour Peter Pronovost, les presque-accidents ou near-misses ou « coup de bol » doivent être vus comme des invitations à s'améliorer et non comme la preuve que les contrôles sont suffisants pour permettre 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. Les réussites devraient également faire l'objet d'un REX².

NE PAS RAPPORTER
UN ÉVÈNEMENT, C'EST PRIVER
LES AUTRES SOIGNANTS DE
CETTE EXPÉRIENCE ET DE
L'ANALYSE QUI EN DÉCOULE.
C'EST EXPOSER UN AUTRE SOI-
GNANT ET UN AUTRE PATIENT
À UN ÉVÈNEMENT SEMBLABLE
POUVANT CONDUIRE À DES
DOMMAGES.

Le système de santé est de plus en plus complexe. Cette complexité est due à la nécessité d'une collaboration entre différents acteurs - patient et famille de patients inclus - vers un objectif clairement défini. Par exemple, le retour à domicile d'une personne âgée après une opération du col du fémur est un objectif qui ne peut être réalisé par un seul individu.

De nombreux événements surviennent au cours du parcours de soins (panne, erreurs, écart de procédure,...) sans pour autant conduire à un accident car des systèmes de récupération ont permis de garder le contrôle. Autrement dit, l'accident est la partie visible quand tous les mécanismes de contrôle, de récupération et de mitigation ont échoué³.

Les avancées technologiques, la standardisation des procédures, l'accumulation de règles et de recommandations ne peuvent à elles seules garantir la fiabilité réclamée par les patients et les soignants. Chaque nouvelle composante du système ajoute de nouveaux dangers.

Dans cette newsletter, vous trouverez différents cas rapportés où les dispositifs médicaux n'ont pu intervenir comme système de récupération voire ont contribué à un événement. Ces dispositifs sont tous perfectionnés et fiables. Ils sont pensés par des ingénieurs hautement qualifiés qui parfois ne mesurent pas le gouffre entre le travail imaginé ou prescrit et celui tel qu'il est fait ou rapporté (Steven Shorrock).

Alliée essentielle à la sécurité de la pratique de l'anesthésie-réanimation, notre vigilance, si elle est absente, peut conduire à une perte de la conscience de la situation (désaturation artérielle en oxygène, signaux d'alarmes multiples et monotones).

Steven Shorrock nous apporte son expertise et sa vision concernant les problèmes d'interface homme-machine dans l'éditorial. Il est rédacteur en chef de la revue Hindsight⁴ (revue de l'organisme européen Eurocontrol, à destination des contrôleurs aériens et des pilotes, sur des thèmes comme les compétences, la coopération entre les différentes unités, etc ...).

Merci à The Human Tree et à Florence-Marie Jégoux pour la mise en relation et sa participation active à la relecture de cette newsletter.

Si vous aimez, continuez à en parler et à partager sur les réseaux sociaux ou ailleurs !

Bonne lecture
Frédéric MARTIN

EDITORIAL

Steven Shorrock travaille au sein de l'Unité de sécurité du réseau des managers d'EUROCONTROL, où il dirige le programme européen sur la culture de sécurité. Il est rédacteur en chef de HindSight. Il est psychologue agréé et ergonome agréé et spécialiste en ergonomie et facteurs humains avec une expérience dans diverses industries critiques pour la sécurité. Steven est professeur agrégé adjoint à l'Université de la Sunshine Coast, Centre for Human Factors & Sociotechnical Systems. Il a récemment coédité *Human Factors & Ergonomics in Practice*⁵.



Dans l'industrie du transport, de nombreux efforts portent sur le design des équipements. Pas seulement des items isolés mais la conception dans leur globalité. Dans un cockpit ou une salle de contrôle, par exemple, il doit y avoir une cohérence sur le mode de fonctionnement des équipements.

Les principes de facteur humain et d'ergonomie, de processus et de méthodes, sont utilisés dans le cadre d'un processus continu centré sur l'humain. Par exemple, l'ISO 9241-210:2010 (Ergonomie des interactions homme-machine – partie 210 design centré sur l'humain pour les systèmes interactifs) qui cherche de façon itérative à comprendre les parties prenantes et le contexte, à identifier les besoins des utilisateurs, à préciser les exigences de conception, à produire des prototypes et à les tester. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour les soins de santé, qui sont affectés par une mauvaise et ou une conception incohérente. Ceux qui sont en première ligne dans le domaine des soins de santé doivent régler ce problème en bout de chaîne.

Lorsque des accidents se produisent, ils sont souvent (et inutilement) qualifiés d' «erreur humaine». Dans le contexte, nous pouvons voir qu'ils découlent souvent de différences entre le travail tel qu'imaginé et le travail tel qu'il est fait, surtout en ce qui concerne la conception et la gestion. Les différences entre le design, les contextes opérationnels et, les activités contribuent aux écarts entre la façon dont les concepteurs tentent d'imaginer qu'une technologie sera perçue, comprise et utilisée, et la façon dont les utilisateurs perçoivent, comprennent et utilisent réellement cette technologie. Dans la conception, le travail tel qu'imaginé a tendance à être incorrect et incomplet comparé au travail tel qu'il est fait, en particulier pour les tâches complexes. Au travail, les schémas mentaux des utilisateurs de la technologie ont tendance à être incorrects et incomplets, en particulier pour les technologies très complexes. Même des écarts apparemment minimes peuvent avoir de très grandes implications pour l'exploitation, y compris des modèles d'interaction qui ne sont pas conçus comme tels conduisant à des arbitrages et compromis en opération. C'est ce qu'illustre la figure 1, qui, espérons-le, sert d'outil de réflexion et de discussion sur la conception de l'équipement dans le domaine des soins de santé.

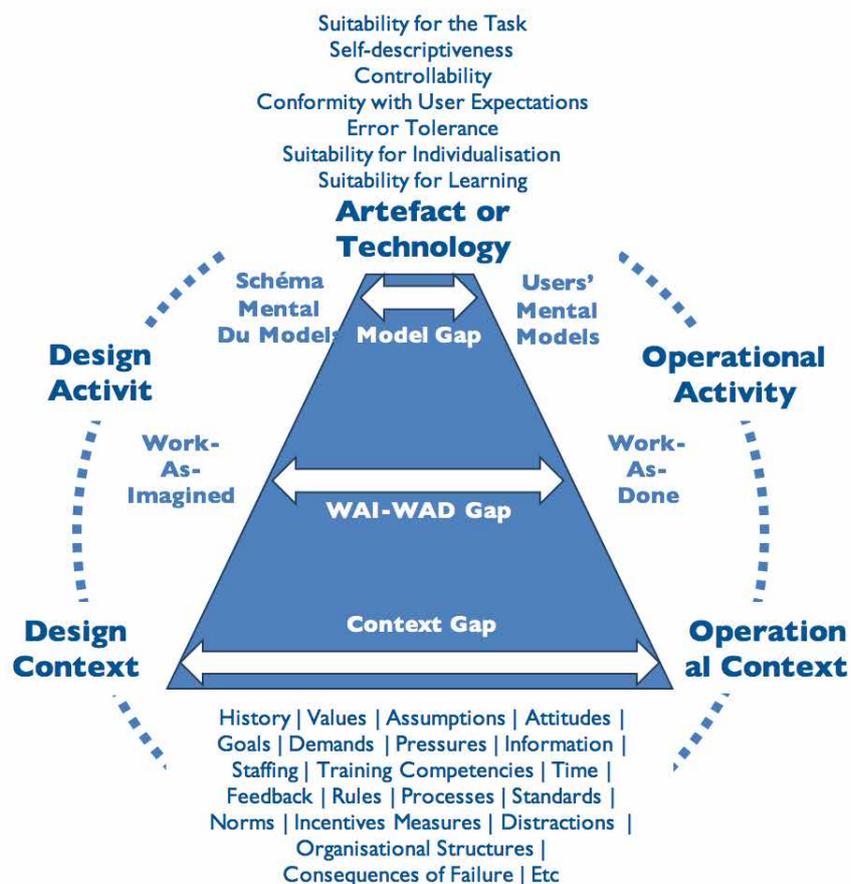
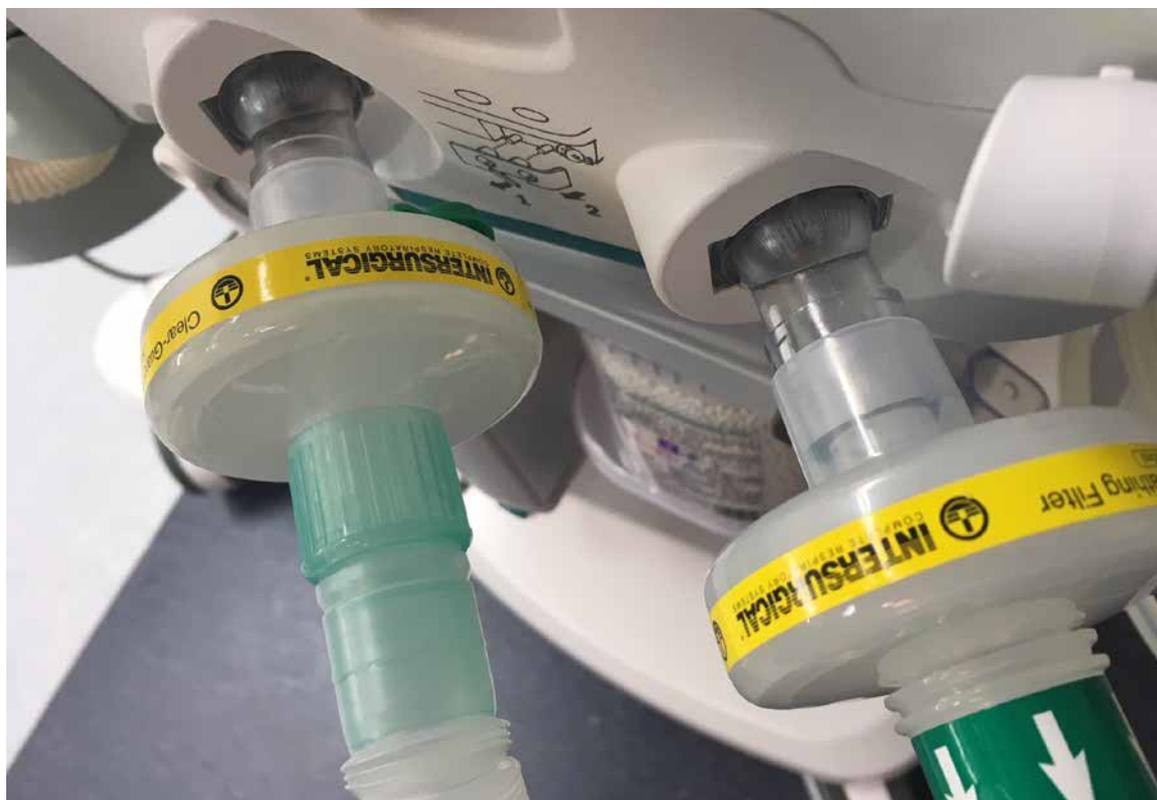


Figure 1 : Lacunes dans la conception et l'exploitation des artefacts et des technologies
 (extrait de Shorrock, S. (2017). A Plot Twist at The Oscars. HindSight Magazine Issue 25. Brussels: EUROCONTROL)



DÉSATURATION ARTÉRIELLE PROFONDE EN OXYGÈNE A L'INDUCTION

Chirurgie pour cure de hernie inguinale sous AG chez un patient jeune. L'IADE intérimaire en salle d'intervention procède à l'induction anesthésique sans problème avec une capnographie visible. L'intubation oro-trachéale est réalisée sans problème mais très rapidement s'installe une désaturation artérielle en oxygène. La salle est petite et encombrée par du matériel pour la coelioscopie. Appel immédiat en renfort d'un médecin anesthésiste et maintien en FiO_2 : 1.0. A son arrivée, exposition immédiate pour contrôle de l'intubation par laryngoscopie : ras. Persistance de désaturation de plus en plus profonde avec ventilation manuelle sur circuit machine inefficace. Pensant à un problème de ballonnet, décision de changement de sonde d'intubation sur mandrin d'Eschmann. Aucune anomalie n'est constatée mais découverte à cet instant d'une déconnexion au niveau du circuit inspiratoire expliquant la persistance au début d'une capnographie mais avec une FiO_2 proche de 21 %. Très rapidement après la reconnexion, correction de l'hématose.

Points positifs : *appel à l'aide /débriefing*

Points d'amélioration: *conscience de l'impossibilité d'une analyse en situation de stress / aide cognitive / utilisation du circuit accessoire ou abus d'oxygène de secours éliminant panne machine et dysfonction du circuit respiratoire permettant une mise en sécurité du patient et une analyse / danger parfois du point de situation pouvant conduire au maintien de l'erreur de fixation / réflexion sur importance de l'alarme de FiO_2 / circuit respiratoire luer-lock*

MOTS CLÉS: *hypoxie / stress / aide cognitive*





ABSENCE DE CAPNOGRAPHIE LORS DU CHANGEMENT DE POSITION

En service depuis 7h sans avoir eu le temps de manger. C'est le début d'après-midi. Patient opéré pour une chirurgie de l'épaule en position demi-assise sous anesthésie générale. Induction intra-veineuse sans difficulté particulière. IOT avec Cormack 2 et sonde de 7,5 armée.

Le chirurgien arrive et commence à «jouer» avec la table. Il demande de repousser la machine d'anesthésie initialement à la droite du patient. Le frein est désengagé puis réenclenché. Une fois le tout installé, l'IBODE commence la déterision et l'aide prépare le matériel. Je constate que la capnographie a disparu. Je pense en premier lieu à une chute tensionnelle suite à la mise en position demi-assise. Injection d'éphédrine 9 mg IVD. La tension artérielle est finalement à 110/70 et passera à 160/90 après éphédrine.

La courbe de pression est normale et l'auscultation pulmonaire est normale. Je cherche une coudure sur la ligne du capnographie et aperçoit le message «occlusion de la ligne de prélèvement». En faisant le tour de la machine d'anesthésie, je constate qu'un des nombreux câbles d'alimentation est venu couder la ligne de capno au niveau du D-fend. Une fois le câble déplacé, tout rentre dans l'ordre.

Points positifs: *pas d'urgence permettant un raisonnement analytique*

Points d'amélioration: *alarme de la station d'anesthésie silencieuse – texte simple en rouge sur fond noir / ergonomie de la salle / des informations majeures ne devraient pas être perdues aussi bêtement / placer les dispositifs de mesure «sensibles» sur le devant de la machine.*

MOTS CLÉS : *ergonomie / facteur humain / alarme*

CAPNOGRAPHIE NON OPÉRATIONNELLE

En garde de weekend, après avoir débuté à 8h. Il est 18 et je suis appelé pour une patiente hospitalisée qui présente de violentes douleurs abdominales 72 h après une hémicolectomie sous coelioscopie. A mon arrivée, la patiente présente des marbrures, une douleur chiffrée à 10, et, elle est discrètement hypoxique. Appel du chirurgien en urgence pour reprise par laparotomie au bloc. Descente en urgence pour conditionnement au bloc – remplissage cristalloïdes et 2^{ème} VVP de gros calibre.

Contrôle de respirateur lancé et passage de l'auto-test sans anomalie. Préparation des drogues et contrôle dossier. Entrée de la patiente en salle qui sera endormie sur son lit (douleur +++). Préparation et planification des tâches à réaliser si IOT difficile ou trouble hémodynamique. Induction au masque avec FiO₂ 1.0. Pas d'incident. Crush induction et IOT ras. Mise en route de la ventilation mécanique et recherche d'une capnographie sur le scope. Pas de tracé mais découverte d'un message d'erreur indiquant capnographe défaillant. Nouvelle vérification de la connexion du module de capnographie et relance OK.

Points positifs: *issue favorable*

Points d'amélioration: *voyant «autorisant» l'induction selon FeO₂ sur respi / contrôle croisé de la fonctionnalité de la capnographie avant induction.*

MOTS CLÉS : *crush induction / urgence / capnographie*



FONCTION FORCÉE ET BISTOURI ÉLECTRIQUE

En milieu de matinée, intervention chez un enfant endormi au bloc opératoire pour une circoncision. Une fois l'enfant endormi, l'aide opératoire demande de brancher le bistouri électrique (bistouri bipolaire utilisé habituellement). Les fiches sont censées être suffisamment distantes afin d'éviter de brancher le bistouri bipolaire sur le monopolaire. Une plaque de « terre » avait été posée sur la peau de l'enfant. Ne connaissant pas cet appareil, l'IBODE vacataire décide d'insérer en force le bistouri bipolaire sur monopolaire. Il y parvient. L'intervention se déroule et en fin d'intervention l'équipe constate l'erreur. L'IBODE vacataire ne connaissait pas l'appareil et l'existence d'un adaptateur spécifique. Il n'a pas osé avouer son ignorance et a préféré « tenter sa chance ». Les suites seront simples et il ne sera pas rapporté de brûlure ni de nécrose.

Points positifs: *issue favorable*

Points d'amélioration: *manifester son ignorance / contrôle des équipes en poste vis-à-vis des intervenants / doublure des intérimaires ou nouveaux arrivants / instaurer un climat de confiance pour les vacataires leur permettant d'exprimer leurs doutes.*

MOTS CLÉS : *bistouri électrique / brûlure / ignorance*

Quand l'homme est au service de la machine

Les progrès technologiques ont clairement permis de simplifier la vie des opérateurs de première ligne, tout en augmentant le niveau de sécurité de ceux qui leur font confiance. Dans le domaine de l'aviation, citons à titre d'exemple le pilote automatique qui libère de la disponibilité pour les pilotes et les systèmes prévenant des collisions potentielles avec les autres aéronefs ou avec le relief. Dans les soins de santé, le respirateur contrôle le volume et la pression de gaz administrés au patient et le bistouri électrique évite les saignements importants.

S'il est indéniable que ces avancées sont positives, il est important de garder à l'esprit que les automatismes présentent également certains dangers. En voici quelques-uns. Pour commencer, il y a peu d'industries dans lesquelles les utilisateurs sont systématiquement associés au développement des nouveautés technologiques. Or qui de mieux que l'opérateur pour définir ses réels besoins ? Trop souvent, ce sont les ingénieurs de développement qui prennent les décisions, et les utilisateurs n'ont plus qu'à adapter leur méthode de travail au nouvel équipement. D'autre part, concurrence oblige, les différents fabricants d'un même produit ne s'entendent pas pour harmoniser les normes et l'ergonomie du matériel. Or dans certains établissements, plusieurs modèles cohabitent, dont l'utilisation est différente. Certaines commutateurs et rotateurs sont même parfois inversés d'une marque à l'autre, ce qui représente un risque que le législateur semble tolérer.

De plus, afin de ne pas paraître idiot aux yeux de nos collègues, nous rechignons souvent à partager notre doute ou exposer notre ignorance quant au fonctionnement d'un équipement. Souvenons-nous de cette infirmière qui avait coupé l'alimentation électrique de la salle d'opération, pensant ouvrir la porte de ladite salle, porte qui dut ensuite être forcée ouverte car bloquée dans l'incident.

Certains établissements de soin ont recours à la simulation lorsque de nouvelles unités sont construites. Les utilisateurs sont associés à la démarche, aux côtés des ingénieurs et des architectes, afin de développer l'outil de travail optimal. Pour un cas pratique, je vous renvoie aux travaux du Dr Andrew Petrosoniak du St. Michael's Hospital de Toronto.

Enfin, la technologie est aujourd'hui extrêmement fiable, les pannes sont rares, et cela incite les opérateurs à développer une confiance aveugle dans les automatismes. Par exemple, le domaine de vol dans lequel le pilote automatique d'un avion moderne est capable de le piloter est très étendu. Mais dans certains cas, le pilote doit reprendre les commandes à cause d'une panne ou de conditions exceptionnelles. Encore faut-il que celui-ci ait maintenu un niveau de pilotage manuel satisfaisant. Sommes-nous tous capable de suppléer à tout dysfonctionnement d'un système automatique ?

Bonnes pratiques :

- Si j'ai un doute sur le fonctionnement d'un équipement, je fais appel à mon équipe.
- Avant d'actionner un commutateur ou un rotateur, je prends un instant pour vérifier que c'est le bon.
- Après avoir actionné un commutateur ou un rotateur, je vérifie que mon action a eu l'effet escompté.
- Je maintiens un niveau de compétence suffisant en travaillant parfois « à l'ancienne ».

Rédigé par Guillaume Tirtiaux, Pilote de ligne, Directeur des formations chez REPORT'in.



QUI A ÉTEINT LA LUMIÈRE ?

Vacation d'après-midi avec un urologue. Le premier patient est un enfant de 5 ans opéré d'un phimosis. L'équipe en salle est habituelle hormis une IBODE vacataire (1ère vacation). L'induction anesthésique de l'enfant est faite au masque. Une pose de VVP est réalisée et ensuite mise en place d'un masque laryngé. Le chirurgien est habillé stérilement et son matériel est disponible sur la table. Il est pressé et demande d'allumer les scialytiques. Il y en a 2 dans cette salle. Au mur, l'IBODE cherche du regard les interrupteurs et croyant les reconnaître, appuie en tournant sur deux énormes boutons rouges. Instantanément, l'alimentation électrique de la salle est coupée et la salle est plongée dans le noir complet. Le scope s'éteint immédiatement et le respirateur reste allumé sur batterie. J'entends la respiration au travers du tube du ML sans visualiser l'enfant. Après qqes secondes paraissant interminables, la lumière est rétablie. L'intervention se finira sans difficulté.

Points positifs : *organisation à situation inhabituelle sans panique*

Points d'amélioration : *exprimer ses doutes / contrôle de l'efficacité des batteries du scope et de la machine d'anesthésie en début de vacation en débranchant le câble d'alimentation / déclaration de l'évènement et actions correctives / ergonomie de salle avec identification claire des interrupteurs essentiels / doublure des vacataires*

MOTS CLÉS : *coupure électrique / ergonomie / encadrement*

PHOTO ET IDENTITOVIGILANCE

Nous sommes en fin de journée entre 15 et 19h. Je travaille avec un chirurgien que je n'apprécie pas et la fatigue est présente. Le prochain patient vient de descendre. Il doit être opéré d'une RTUP et est âgé de 83 ans. Il a des antécédents cardio-vasculaires notables. Je contrôle le dossier du patient ainsi que le bilan sanguin (RAI et carte de groupe sanguin). La carte de groupe sanguin comporte une photo du patient sur la première page. Je valide implicitement qu'il s'agit du bon patient et je lis tout de même l'identité avec une moindre vigilance. Après quelques secondes d'interrogation, je réalise que la carte n'est pas au nom du patient. Il y a probablement eu une erreur lors de la remise de carte de groupe dans le laboratoire de ville. Une nouvelle carte de groupe est demandée en urgence. Passage 35 min après en salle après récupération de la carte. La chirurgie va être plus longue que prévue avec perte de 4 g/dl d'Hb. Le patient sera transfusé le lendemain sans urgence pour une hématurie persistante avec Hb à 9 g/dl.

Points positifs : *contrôle rigoureux de l'identité du patient*

Points d'amélioration : *contrôle des documents en consultation d'anesthésie préopératoire / éducation des patients pour sensibilisation au contrôle de ses documents / contrôle défaillant au laboratoire de ville / suppression du cadre photo sur les cartes de groupe non réglementaire / suppression des cartes de groupe sanguin⁶.*

MOTS CLÉS : *identitovigilance / transfusion / photographie*



ENLEVER SES MOUFFLES AU BLOC OPÉRATOIRE

En cours de matinée, lors d'une vacation avec un chirurgien ORL. L'intervention prévue était une amygdalectomie chez un enfant de 6 ans sans antécédents particuliers hormis un ronflement et une obstruction importante des voies aériennes motivant cette intervention. L'induction est réalisée au masque, la VVP est posée puis approfondissement de l'anesthésie afin de procéder à l'IOT. Elle se déroule sans difficulté et je décide dans « la foulée » de relancer une prise de pression artérielle tout en activant la ventilation mécanique. Dans la précipitation, mon doigt appuie sur l'interrupteur éteignant le scope. Je le rallume immédiatement et après de longues secondes apparaissent enfin les paramètres vitaux à l'exception de la capnographie (message : « paramétrage en cours ». Il aura fallu presque 3 minutes avant de récupérer un enregistrement. Pas de conséquences.

Points positifs : *aucune conséquence sur le patient*

Points d'amélioration : *interrupteur à distance des boutons de commande / message de confirmation à valider avant extinction définitive des dispositifs.*

MOTS CLÉS : *coupure alimentation / stress / ergonomie*



ERREUR MÉDICAMENTEUSE

Au cours de la matinée, prise en charge d'une patiente nécessitant une intubation en raison d'un RGO actif. L'IADE prépare une seringue de bromure de rocuronium par qui est correctement identifiée par une étiquette rouge mentionnant «Rocuronium». Nous réalisons le préjob-briefing entre MAR et IADE. Nous décidons d'intuber avec de la succinylcholine (Celocurine). L'IADE prépare la seringue alors que le MAR lui tourne le dos en anticipant les prescriptions post-opératoires sur l'ordinateur de la salle. Elle lui signale : «Je mets l'étiquette rouge sur la seringue». Le MAR effectue la séquence d'induction IV : Sufenta, Propofol, puis prend dans le plateau une seringue de 5 ml étiquetée en rouge. La célocurine est habituellement diluée dans une seringue de 10 ml, le MAR le constate mais se dit en pensant à ce qu'a fait l'IADE : « elle a dû la diluer à 20 mg/ml. ». La totalité de la dose de rocuronium est injectée sans vérification de ce qui est marqué sur l'étiquette. Le MAR dit à l'IADE «tu l'as dilué dans 5 ml ?». L'erreur est constatée mais par chance cela correspond grossièrement à l'injection d'une dose de 1mg/kg de rocuronium, permettant néanmoins des conditions d'intubation acceptables. Dans ce contexte, le MAR décide d'effectuer l'intubation rapidement. Il n'y avait pas de sugammax, disponible en salle afin d'antagoniser la curarisation en cas d'intubation impossible.

Points positifs : *identification du problème*

Points d'amélioration : *briefing rapide immédiatement avant induction (au cours de la préoxygénation par exemple) avec validation du protocole anesthésique et drogues sélectionnées isolées / doute doit être verbalisé à voix haute et de façon explicite / contrôle croisé des médicaments préparés et devant être injectés.*

MOTS CLÉS : *erreur / contrôle croisé / communication*

DÉSACCORD SUR PRISE EN CHARGE ET GRADIENT HIÉRARCHIQUE

En nuit profonde dans un service d'accueil des urgences. Une patiente âgée est amenée aux urgences par les sapeurs-pompiers dans un contexte d'hyperthermie associée à une altération de l'état général. Elle présente une hyperthermie à 40°C associée à une dyspnée importante, des marbrures et des troubles de conscience (score de Glasgow évalué à 9). Très rapidement, la patiente est prise en charge dans l'unité de déchocage où les premiers soins sont réalisés. Le médecin décide de sécuriser les voies aériennes et d'intuber la patiente devant une dégradation de son état. En tant qu'IDE, je propose au médecin urgentiste de réaliser une pré oxygénation de 2-3 minutes. Le médecin insiste et demande de préparer et d'administrer tout de suite une seringue d'étomidate (agent hypnotique) et une autre de célocurine (curare dépolarisant d'action rapide) en IVD. L'induction réalisée, il s'expose et constate que la patiente présente une intubation oro-trachéale difficile. Elle est en apnée, il essaie avec une lame métallique simple puis avec un vidéo laryngoscope lui permettant d'intuber. Une profonde désaturation artérielle est survenue pendant cette période semblant interminable ($\text{SaO}_2 < 35\%$). Le médecin a refusé d'interrompre son geste pour ventiler manuellement la patiente. Elle sera ensuite transférée en réanimation pour la poursuite de sa prise en charge.

Points positifs : *verbalisation de l'inconfort / conscience de la situation de l'IDE*

Points d'amélioration : *vabsence d'écoute du médecin / conflit probable en période de crise / cas à déclarer comme évènement indésirable grave / débriefing en équipe / procédure non suivie / tunnelisation*

MOTS CLÉS : *anesthésie / hypoxie / urgence*



COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

Lors de ma première vacation dans un établissement (il y a plusieurs mois) j'avais rencontré une difficulté lors de l'induction anesthésique. Le problème avait été résolu, mais cela avait occasionné un léger retard dans le programme opératoire et un stress aigu du chirurgien. Durant le reste de la journée, le chirurgien était revenu régulièrement sur des éléments de la prise en charge anesthésique. J'avais ressenti de la méfiance et du scepticisme à l'égard de mes compétences. Cela m'avait perturbé et j'avais eu l'impression d'être évalué en permanence.

Plusieurs mois après, je me retrouve à nouveau avec lui. Le premier patient du jour ne présente aucun critère d'IOT difficile. A la laryngoscopie il est Cormack III. Je demande à l'IBODE de me donner le mandrin d'Eschmann et tente de l'intuber sans succès. Je fais appeler l'anesthésiste qui arrive immédiatement. Il l'intube avec un vidéolaryngoscope confirmant également la difficulté d'abord des voies aériennes. La suite de la prise en charge est normale.

Le chirurgien arrive alors et déclare : « Vous avez eu des problèmes à l'induction ? ».

Je l'informe que le patient était difficile à intuber mais que tout va bien, il me répond « Vous avez quand même souvent des problèmes, vous ! ».

La phrase en elle-même n'est pas pertinente, je le sais, mais éveille quand même chez moi les mêmes sentiments de stress et de jugement du premier jour. Je n'ai rien à me reprocher (appel à l'aide précoce, procédure respectée dans ce cadre). Le reste de la journée s'avèrera très compliquée d'un point de vue relationnel. Toutes mes décisions sont remises en question explicitement ou implicitement générant chez moi une frustration intense et un sentiment d'échec.

Points positifs: *calme conservé / absence de surenchère verbale*

Points d'amélioration: *débriefing en équipe avec anesthésiste responsable et équipe chirurgicale / conscience de l'impact de l'attitude agressive sur les facultés cognitives des intervenants ainsi que la qualité et la sécurité des soins / déclaration d'évènement indésirable*

MOTS CLÉS : *relation / stress / leadership*

Communication déplacée au travail...

Des chercheurs ont eu l'intelligence de rendre objectif ce que ces petits phrases qui nous énervent tous peuvent faire. A la fois, sur la personne qui les subit, mais également sur ceux qui en sont témoins et de facto sur la sécurité des soins. Rhona Flin nous donne un très bon exemple dans le dernier numéro d'Hindsight : « Des chercheurs en psychologie sociale, Porath et Erez, ont regardé les répercussions de l'impolitesse, voire de l'indécence entre employés au travail (...) ils ont commencé à examiner l'impact de l'impolitesse voire de l'indécence sur les capacités cognitives telles que la mémoire, en menant des expériences avec des étudiants (...) Les résultats ont montré que ceux qui ont été victimes de brusqueries ont eu des performances moindres aux examens que ceux qui étaient dans le groupe contrôle (...) les étudiants qui ont simplement été témoins de ces incivilités entre le membre de l'équipe et l'étudiant ont également montré des performances cognitives amoindries. (...) Donc il y a maintenant des preuves que les comportements brutaux qui peuvent être inconscients comme volontaires, ont un impact sur les tâches cognitives critiques, et donc sur la sécurité » (Rhona Flin, « The dark side », Hindsight 27, août 2018) ⁴.

Les petites phrases assassines font flamber nos émotions : agacement, frustration... Ces émotions accaparent une grande partie de nos ressources mentales, de notre cerveau disponible, et peuvent donc facilement générer des erreurs, des oublis, des raccourcis. A court terme, elles ont donc des conséquences non négligeables sur la sécurité des soins. A long terme, elles sont aussi délétères : elles contribuent à une ambiance « pourrie », à la méfiance entre collègues, voire au pire, à de la rétention d'information pour nuire à l'autre... Bien sûr, dans ce genre d'atmosphère de travail, difficile d'avoir toutes ses ressources mentales consacrées aux patients et à leur sécurité.

Or, de même que nous n'avons pas le droit de maltraiter les patients, de les intimider, de nous moquer d'eux, quelle que soit notre fonction, nous n'avons pas non plus à maltraiter nos collègues. Les comportements d'intimidation devraient appartenir au passé :

« La Joint Commission, instance d'accréditation de plus de vingt mille organisations de santé aux Etats-Unis, a publié en 2008 une alerte sur les comportements intimidants et déstabilisants : (...). Ces comportements comprennent la réticence ou le refus de répondre aux questions, le renvoi des appels téléphoniques ou messages, un langage ou des intonations vocales condescendantes, et une impatience face aux questions. Ces comportements actifs et passifs minent l'efficacité des équipes et peuvent compromettre la sécurité des patients. Tout comportement intimidant et déstabilisant n'est pas professionnel et ne devrait pas être toléré » ^{7,8}.

La sécurité des soins ne peut pas se passer du savoir-être de chacun. Les phrases déplacées, les comportements intimidants ou déstabilisants dans un service de soins sont délétères pour non seulement ceux qui en sont victimes, mais aussi les autres témoins et in fine, les patients. Alors, vive la politesse, la considération et l'attention aux autres !

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

CONCLUSIONS A RETENIR

- Si j'ai un doute sur le fonctionnement d'un équipement, je fais appel à mon équipe.
- Avant d'actionner un commutateur ou un rotacteur, je prends un instant pour vérifier que c'est le bon.
- Après avoir actionné un commutateur ou un rotacteur, je vérifie que mon action a eu l'effet escompté.
- Je maintiens un niveau de compétence suffisant en travaillant parfois « à l'ancienne ».
- Je me mets en sécurité cognitive pour analyser la situation (réduction du stress, recherche de biais, ...).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Taylor-Adams S, Vincent C: Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clin Risk 2004; 10:211-220
- (2) Hollnagel E: Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management, New edition. Farnham, Surrey, UK England ; Burlington, VT, USA, CRC Press, 2014
- (3) Pariès J, Rome F, Pibarot M-L, Tassaux D: Événements indésirables en médecine
- (4) HindSight - EUROCONTROL - SKYbrary Aviation Safety at <https://www.skybrary.aero/index.php/HindSight_-_EUROCONTROL>
- (5) Shorrock S, Williams C: Human Factors and Ergonomics in Practice: Improving System Performance and Human Well-Being in the Real World, Reprint. Boca Raton, CRC Press, 2016
- (6) Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire.
- (7) Morel C: Les décisions absurdes III: L'enfer des règles - Les pièges relationnels. Gallimard, 2018
- (8) Sentinel Event Alert, Issue 40: Behaviors that undermine a culture of safety at <http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_40_behaviors_that_undermine_a_culture_of_safety/>

PARTICIPATIONS DE LA PLATEFORME AUX PROCHAINS ÉVÈNEMENTS SUIVANTS :

Congrès de la FAQSS (Fédération Française des Associations « Qualité et Sécurité en Santé ») – jeudi 4 Octobre 2018 – Paris – France – Présentation de la plateforme http://www.faqss.eu/Edition-2018_93.html

Congrès de la SOTUGERES (Société Tunisienne de Gestion des risques en établissement de santé) – Vendredi 19 et samedi 20 Octobre – Tunis – Tunisie
<http://sotugeres.org/quatrieme-edition-des-jqssep/> - Intervention sur le leadership autoritaire – atelier RMM / CREX

Séminaire qualité et gestion des risques Groupe Hospitalier APHP (Saint Antoine – Rothschild – Tenon – Trousseau) – vendredi 30 novembre – Paris – présentation de la plateforme et implémentation des outils de gestion des risques par la gamification.

Congrès WEARE – L'avenir de l'anesthésie réanimation organisé par l'AJAR, le SNJAR et le groupe jeune SFAR – vendredi 7 et samedi 8 décembre 2018 – Paris – France – Co-présentation du retour d'expérience en anesthésie réanimation avec Guillaume Tirtiaux (REPORT'in) - <https://www.weare2018.fr/>

7th Annual World Patient Safety, Science & Technology Summit co-organisé avec l'ESA et l'ASA – 18 et 19 Janvier 2019 –

Huntington Beach – California – USA – <https://patientsafetymovement.org/events/summit/world-patient-safety-science-and-technology-summit-2019/#overview>