

---

# ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES  
Newsletter #001 - octobre 2016



**TOWARD EXCELLENCE  
IN HEALTHCARE**

---

# INTRODUCTION

Un grand merci à vous tous pour avoir contribué à cette première newsletter. J'espère qu'elle répondra à vos attentes. La critique est un cadeau donc n'hésitez pas à m'adresser des propositions et remarques à partir du formulaire de contact.

En 3 mois, un peu plus de 360 IADE et médecins anesthésistes se sont inscrits avec une cinquantaine de rapports réalisés. Vous êtes les ambassadeurs de ce projet et je compte sur vous pour le diffuser à vos collègues. L'anonymat et la bienveillance dans la rédaction des cas cliniques sont les maître-mots de cette plateforme.

LA LECTURE DE CES CAS DOIT VOUS  
INCITER À RAPPORTER VOS INCIDENTS  
AFIN DE PASSER DU STATUT D'OBSERVATEUR À CELUI D'ACTEUR POUR  
AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS QUE  
NOUS DÉLIVRONS À NOS PATIENTS.

La pérennisation de cette plateforme est basée sur la recherche de nouveaux soutiens issus des organisations professionnelles des IADE et anesthésistes (public et libéral) francophones et européens. Des contacts sont en cours avec la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) et la société européenne d'anesthésie (ESA).

La lecture de ces cas doit vous inciter à rapporter vos incidents afin de passer du statut d'observateur à celui d'acteur pour améliorer la qualité des soins que nous délivrons à nos patients.

Dans un article paru très récemment (1), les auteurs expliquaient l'évolution de la sécurité des soins au cours des dernières décennies sous formes de vagues successives. En effet, les progrès techniques, puis la standardisation des procédures ont permis un gain significatif en terme de qualité et de sécurité

des soins. Pour Pronovost et ses collègues, la prochaine vague d'innovation doit porter sur la mise en place dans la santé d'organisations de haute fiabilité au sein desquelles le comportement humain joue un rôle primordial. Ces retours d'expérience (REX) sont une des briques. Ils nous permettront, à l'instar de l'aviation civile, d'améliorer notre expertise en appréhendant mieux les failles de nos raisonnements participant ainsi à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.

Merci à Christian MOREL pour le soutien à ce projet. Ses ouvrages (2, 3) ont été un catalyseur essentiel pour la genèse de cette plateforme. Merci également au Docteur Thomas LOPES pour son aide précieuse et son enthousiasme permanent. Pour cette première newsletter, j'ai demandé à Claude VALLLOT (ancien chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Bretigny sur Orge et consultant facteurs humains senior chez DEDALE) d'avoir la gentillesse d'écrire ce paragraphe d'introduction. Il a répondu favorablement et je l'en remercie chaleureusement. Par son expertise, ses suggestions de lecture et les contacts qu'il m'a donné, il m'a permis de mieux appréhender la compréhension des processus de décisions en situation de stress.

# EDITORIAL

La vraie question n'est pas que l'erreur soit humaine. Tout le monde est prêt à admettre cette généralité tant qu'elle reste impersonnelle.

Le vrai problème est que des erreurs seront commises n'importe quand, par n'importe lequel des acteurs liés, de près ou de loin, à ces interventions car de nombreux facteurs contribuent à ce qu'il en soit ainsi.

L'aéronautique a chiffré cette omniprésence : 5 erreurs par heure pour des experts pilotes (4).

Alors, peu importe l'heure, peu importe les circonstances, peu importe les personnes et leurs contraintes : des erreurs seront commises et il sera toujours possible de dénicher un élément candidat à leur explication rétrospective. Cette tentation est qualifiée de biais rétrospectif - insight biais (5) : puisque l'événement est survenu, il doit avoir une explication dont le traitement évitera qu'il se reproduise. Mais rien n'en garantit la valeur explicative ; et les combinaisons de circonstances sont infinies...

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas chercher à comprendre ce qui s'est produit. Mais l'analyse doit porter essentiellement sur les barrières et défenses qui ont été défailtantes pour que cet événement survienne.

La lucidité doit être là car il n'y a pas de monde sans stress, ni énervement, ni fatigue, ni pressions économiques ou, encore, sans débutant ou remplaçant.

Lesquelles des barrières ont été rendues inopérantes par contournement, inhibition ou insuffisance ?

Lesquelles n'existaient pas ?

L'ANALYSE DOIT PORTER  
ESSENTIELLEMENT SUR LES  
BARRIÈRES ET DÉFENSES QUI ONT  
ÉTÉ DÉFAILTANTES POUR QUE CET  
ÉVÉNEMENT SURVIENNE.

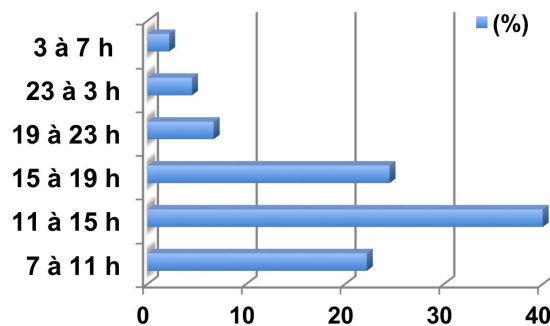
**Claude VALOT** Ancien chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Bretigny sur Orge et consultant facteurs humains sénior chez DEDALE.

## PÉRIODE HORAIRE DE SURVENUE DE L'ÉVÈNEMENT

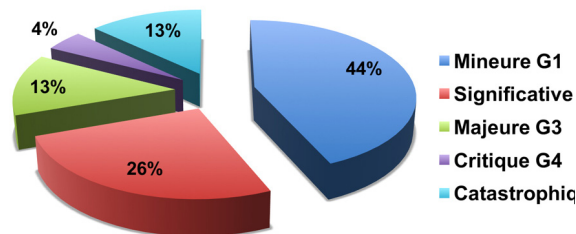
### DONNÉES DESCRIPTIVES

J'attire votre attention sur le fait que ces données sont uniquement tirées de l'analyse des 56 cas déclarés et ne permettent de tirer aucune conclusion. J'ai souhaité cependant donner quelques chiffres afin de faire une cartographie des événements déclarés au fil du temps.

En 3 mois, 56 cas ont été rapportés (14 par des IADE; 42 par des MAR). Les événements sont survenus majoritairement pendant la période peropératoire (60 %) et en préopératoire (26 %). Parmi les cas déclarés en peropératoire, 86,7 % avaient lieu entre 7 h et 19 h (7h-11h: 22,2 % ; 11h-15h: 40 % ; 15h – 19h: 24,5 %) (figure 1). La part des événements majeurs, critiques et catastrophiques représentait 30,4 % des incidents rapportés (figure 2). La fatigue ressentie et la pression de production étaient rapportées comme les principaux facteurs favorisants suivis par les problèmes de communication (transmission, conscience de la situation, partage d'information).



## GRAVITÉ DE L'ÉVÈNEMENT



## DECES EN POST OPERATOIRE IMMEDIAT

Patiente de 91 ans présentant un rétrécissement aortique serré, démente, ininterrogeable et agitée. Opérée sous AG 1 mois avant pour fracture du coude avec AG « houleuse » (conclusion après discussion avec premier anesthésiste). Besoin de reprise pour désunion cicatrice. Passée en consultation d'anesthésie préopératoire sans accompagnant ni dossier complet. L'anesthésiste de consultation refuse de la voir dans ces conditions et propose qu'elle soit revue la veille en préopératoire. En fait, la patiente est admise au matin du bloc. Le chirurgien est pressé. Après une lecture rapide du dossier et du protocole anesthésique de la précédente intervention, réalisation d'une nouvelle AG. Collapsus avec désamorçage à l'induction pendant 5 minutes. Réalisation d'une titration par adrénaline (bolus IVD de 100 microg x 3). Remplissage par 1000 cc de cristalloïdes. Récupération d'une hémodynamique et annulation de la chirurgie puis transfert en salle de réveil. Extubation impossible avec OAP asphyxique. Information de famille. Patiente décédée dans l'après midi en chambre.

### Conclusion du déclarant :

*L'absence de consultation d'anesthésie programmée en présence de la famille de la patiente n'a pas permis la prise de conscience nécessaire de l'état physiologique (ASA IV) conduisant à une prise en charge inadaptée. La pression temporelle du chirurgien a empêché le bon déroulement de la check list et le recueil des informations critiques. Le premier anesthésiste aurait dû organiser la consultation préopératoire avec le chirurgien et la famille.*

**MOTS CLES : communication / productivité / conscience / situation**



## ARRÊTS CARDIAQUES AU BLOC OPERATOIRE

### DEUX ARRÊTS CARDIAQUES SONT RAPPORTÉS.

1. Le premier est survenu au moment du lâchage de garrot posé pour une fracture de plateau tibial chez un patient sous rachianesthésie. Lors de l'intubation, le patient avait toujours ses prothèses dentaires amovibles : Les vérifications d'usage n'avaient pu être faites correctement en raison de la pression chirurgicale pour augmenter le « rendement » de la salle (planning opératoire très lourd). La pression de production est mise en avant une nouvelle fois avec l'oubli de réalisation des vérifications de « routine » sur la période horaire entre 11 h et 15 h. Le déclarant se sentait fatigué.

2. Le second cas est malheureusement relativement succinct dans sa description. Il s'agit d'un choc anaphylactique lors d'une crush induction chez un patient bénéficiant d'une chirurgie bariatrique. La RCP est réalisée sans succès conduisant au décès du patient. Au-delà de cette

situation, le déclarant IADE rapporte des gros problèmes de communication sans les détailler. Ces problèmes sont malheureusement fréquents dans ce type d'évènement rare rendant plus complexe encore l'adhésion aux recommandations.

### Conclusion du déclarant :

1. *La pression de production a conduit à une désorganisation de la prise en charge initiale de cette situation critique.*

**MOTS CLES : fatigue / productivité**

2. *La bonne communication au sein de l'équipe médicale est un élément crucial en situation de crise (Crisis Resource Management : CRM).*

**MOTS CLES : fatigue / communication**

## CONCLUSION A RETENIR

- Cockpit stérile lors des phases critiques
- Point de situation (SAED: situation, antécédents, évaluation, demande)
- Parler à voix haute et intelligible pour manifester son inconfort
- Résister à la pression de production

### Biblio :

1. Amir A. Ghaferi  
Christopher G.  
Myers Kathleen  
M. Sutcliffe Peter  
J. Pronovost. The  
Next Wave of  
Hospital Innovation  
to Make Patients  
Safer. Harvard  
Business Review.  
August 08, 2016  
- <https://hbr.org/2016/08/the-next-wave-of-hospital-innovation-to-make-patients-safer>

2. Les décisions absurdes I : sociologie des erreurs radicales et persistantes. Christian MOREL. Collection Bibliothèque des Sciences Humaines – Gallimard 2002.

3. Les décisions absurdes II : Comment les éviter ? Christian MOREL. Collection Bibliothèque des Sciences Humaines – Gallimard 2012.

(4) René Amalberti. 2001. La conduite des systèmes à risques. PUF. Paris

(5) Sidney W. A. Dekker. 2004. Ten Questions About Human Error: A New View of Human Factors and System Safety. Lawrence Erlbaum A