

Analyse Approfondie de Cas 1 :

Erreur de coté

Ré-intervention immédiate



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine

Date de parution : juin 2013

- Catégorie : M.C.O. Chirurgie Vasculaire
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- On peut se tromper de côté sans le voir ! : Technique ne permettant pas de contrôle visuel = vigilance accrue !
- Les vérifications du côté à opérer peuvent être inopérantes : côté à opérer non algique ; ambiguïté des réponses du patient OU des questions ? Privilégier les questions ouvertes.
- Les défauts de communication orale et de partage des informations sont le fait de fonctionnements individualistes mais aussi d'une confiance mutuelle, ici paradoxalement défavorable
Check list à faire systématiquement +++
- Le dossier patient « mixte » est déstabilisant : supports multiples, dispersés, mal disponibles, il n'est donc...pas consulté !
- La prévention des erreurs de côté n'est pas qu'une affaire de bloc où existe une erreur patente (documents radiologiques affichés à l'envers) ! ; Tout le processus de prise en charge dès l'admission doit être concerné !

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Le patient de 59 ans présente un anévrisme artériel poplité droit découvert fortuitement à l'occasion du bilan de douleurs à la marche des 2 membres inférieurs, mais prédominantes à gauche.

Il est opéré par erreur d'un pontage poplité-haut poplité-bas à gauche avec greffon de veine saphène externe prélevé à gauche.

L'erreur de côté est détectée en fin d'intervention. L'axe poplité gauche est alors restauré et le pontage droit est réalisé durant le même temps anesthésique, avec réutilisation du greffon saphène.

Le patient est informé de cet événement indésirable grave dès son réveil, en présence de son épouse.

Son évolution clinique se fait sans incident particulier et la guérison est complète sans prolongation de la durée de son hospitalisation.

Dans un courrier adressé à l'établissement de santé, le patient demande à être informé des principales conclusions de l'analyse approfondie des causes qui doit être réalisée.

L'analyse est réalisée au sein de l'établissement, sous forme d'une analyse collective et d'entretiens individuels par l'équipe de gestion des risques.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Ré-intervention pour restauration de l'axe poplité sain ponté par erreur, et cure de l'anévrisme poplité du côté concerné durant le même temps anesthésique.

Anesthésie prolongée.

Impact émotionnel important.
Rançon cicatricielle controlatérale.

Évolution ultérieure sans complication.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement.

Juillet : Consultation chirurgicale d'un patient de 59 ans, adressé par l'angiologue au chirurgien vasculaire pour douleurs des 2 membres inférieurs, avec prédominance à gauche. Le bilan systématique ayant montré la présence d'un anévrisme poplité rétro-articulaire droit asymptomatique de 20 mm.

Programmation de l'intervention en octobre. Dossier papier comportant la date du séjour, le libellé de l'intervention prévue, la durée du séjour, le matériel spécifique requis transmis à l'établissement où sera réalisée l'intervention.

Consultation pré-anesthésique (MAR 1) la semaine suivante.

Lundi 12 octobre : Admission en début d'après midi. En l'absence de lit disponible en secteur d'hospitalisation chirurgicale (afflux d'urgences), hospitalisation avec l'accord du patient en secteur de Soins Continus.

Le personnel se renseigne auprès du service de chirurgie pour connaître les modalités de dépilation et de préparation cutanée préopératoire. La dépilation effectuée comporte « le short et le membre inférieur droit », validée par le chirurgien. Devant la pilosité restante sous le genou gauche, l'aide-soignante réalise une dépilation complémentaire de la jambe gauche pour des « raisons esthétiques ».

Visite du MAR 2 en début de soirée qui transmet par ailleurs la programmation modifiée du lendemain au bloc opératoire : en raison d'une déprogrammation d'un autre patient, le patient est inscrit en première position.

Le mardi 13 : à 8 h le patient est prémédiqué en USC puis acheminé au bloc opératoire.

Il est accueilli par l'IADE et le MAR 3 qui prend connaissance du dossier d'anesthésie. Le patient est interrogé à 2 reprises sur le côté à opérer et répond « gauche », corroborant ainsi les informations données par les clichés de l'angioscanner affichés en salle d'intervention par le chirurgien.

L'induction anesthésique est réalisée à 8h15. La dernière étape de préparation cutanée et la mise en place des champs opératoires sont réalisés par l'aide-opératoire qui est étudiant en médecine. Pendant cette préparation, le chirurgien est absent car s'entretient avec le MAR 3 sur les raisons de la déprogrammation du patient initialement prévu.

L'intervention est réalisée à gauche sans incident technique particulier : pontage poplité haut — poplité bas avec greffon veineux saphène homolatéral.

En fin d'intervention à 11h, avant réveil du patient, le chirurgien dicte son compte rendu opératoire dans une salle attenante où est disposé le dossier du patient. Il prend conscience immédiatement de son erreur et, de retour en salle d'intervention, s'aperçoit que les clichés d'angioscanner sont affichés à l'envers.

En concertation avec le MAR 3, la ré-intervention a lieu dans le même temps anesthésique.

A gauche, il est effectué un rétablissement de la continuité vasculaire et le pontage est réalisé à droite avec réutilisation du greffon veineux.

Fin d'intervention à 13h45 et entrée du patient en SSPI à 14h.

La durée totale d'anesthésie et de chirurgie est de 5h ½. Le chirurgien informe immédiatement l'épouse du patient puis le médecin traitant et l'angiologue.

Dès son réveil, le patient est également informé et des excuses lui sont présentées. Il présente une réaction émotionnelle forte en raison des incertitudes évolutives possibles.

Les suites opératoires sont simples et le patient quitte l'établissement le 20 octobre, au 7^e jour post-opératoire, conformément à la durée de l'hospitalisation initialement prévue.

Il n'y a pas de séquelle à distance.

L'enquête approfondie est réalisée par l'équipe de gestion des risques de l'établissement 4 mois après l'événement, après des entretiens individuels et collectifs.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Absence de vérification ultime coordonnée entre professionnels, avant l'induction anesthésique
Absence de vérification de la concordance des informations du dossier figurant sur des supports multiples et non regroupés
Clichés radiographiques affichés à l'envers
Réponses trompeuses du patient (mais comment ont été formulées les questions ?)
Préparation cutanée inadéquate

Facteurs latents

Patient :

Défaut de fiabilité à l'interrogatoire :

- douleurs controlatérales au premier plan +++
- prémédication effective responsable d'un assoupissement +
- Pilosité très développée

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Manque de formation et d'expérience :

- aide opératoire réalisée par un étudiant en médecine inexpérimenté
- IDE de bloc préoccupée par la technique opératoire car peu familiarisée avec la chirurgie vasculaire
- personnel de l'unité d'hébergement méconnaissant les règles de dépilation et de préparation cutanée en général et spécifiques à cette intervention ++

Pratiques inhomogènes

- non utilisation du dossier informatisé de la consultation pré anesthésique

Transgression de règles :

- extension de la zone à dépiler à l'ensemble des 2 membres inférieurs par souci « esthétique » +++
- prise de connaissance des données médicales du patient au moment de l'anesthésie par le MAR 3,
- absence de participation du MAR 3 au processus de vérification croisées avant incision

Distraction, détournement d'attention :

- manque de concentration du chirurgien préoccupé par les raisons de la déprogrammation du patient initialement prévu ++

Équipe :

Défaut de coordination et de collaboration :

- absence de partage des informations entre les 3 MAR (consultation pré op, visite pré op, anesthésie) sans confrontation des données sur le dossier ni échange oral ++
- absence de vérification croisée des informations avant induction (pas de check list) +++

Défaut de supervision des tâches à l'installation du patient

Faible culture du travail en équipe avec confiance tacite excessive des uns avec les autres

Tâches :

Défaut de protocoles et procédures :

- absence de protocoles de préparation cutanée en chirurgie vasculaire (transmission orale des habitudes dans le secteur d'hospitalisation habituel) ++
- absence de marquage du côté à opérer par le chirurgien lors d'une visite préopératoire +++
- absence de procédure de vérification croisée des informations destinées à prévenir les erreurs d'identité, de côté ou d'étage ++
- absence de définition des tâches des aide opératoires

Non respect du champ d'activité des services de soins :

- patient hospitalisé dans un service ne relevant pas de ses compétences et de ses habitudes

Absence de cohésion et de regroupement des éléments du dossier médical du patient

- support multiples du dossier patient : fiches papier, fiche « en T », fiches de liaison pour les informations du chirurgien, dossier partiellement informatisé pour l'anesthésie, clichés radiologiques numériques dématérialisés dans le dossier informatique mais application non disponible au bloc opératoire

Environnement : Matériel et locaux non adaptés :

- dispersion des éléments du dossier en plusieurs lieux : dossier papier (chirurgical) dans une salle attenante en raison de l'absence de support

Organisation : Défaillance de l'organisation des processus d'admission du patient

- difficultés de régulation des flux d'hospitalisation entre les admissions programmées et les admissions en urgence
- hébergement du patient en secteur non adapté à la gestion préopératoire des patients

Institution :

- politique du dossier patient unique bien définie mais coexistence d'un dossier papier dispersé avec supports multiples et d'un dossier informatisé insuffisamment déployé
- projet institutionnel concernant la prévention des erreurs de site opératoire en phase de conception

Facteurs d'atténuation

Détection avant la fin de l'anesthésie et intervention dans la foulée avec réutilisation possible du même greffon.
Annonce du dommage au patient et ses proches, ainsi qu'au médecin traitant dès l'EIG constaté.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Intervention à haut risque d'erreur de côté puisque la barrière du contrôle visuel per opératoire n'existe pas.



Commun :

Programme de prévention des erreurs de côté à mettre en place au-delà de la stricte application de la Check List au bloc opératoire

- Vérification et confrontation des données cliniques avec les données du dossier patient

avec en outre :

- Préparation du patient adéquate, formalisée, avec diffusion du protocole
- Marquage du côté à opérer par le chirurgien
- Secteur d'hospitalisation adapté à la chirurgie

Politique du dossier patient à élaborer et mettre en œuvre

- Support unique, structuré, homogène
- Vigilance accrue en phase de coexistence des dossiers papier et informatique

Anticipation des besoins d'accès à l'information : supports mobiliers disponibles et logiciels fonctionnels

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



Docteur Régine LECULEE

Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN

33604 PESSAC Cedex

05 57 62 31 16

regine.leculee@ccecqa.asso.fr

nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Vigilance sur l'adéquation des secteurs d'hospitalisation en chirurgie programmée et parallèlement réflexion sur la gestion des flux des patients hospitalisés en urgence .

« Hébergements » dans des secteurs manquant d'expérience à éviter.

Références et Bibliographie

- Check-list sécurité du patient au bloc opératoire. HAS ; http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire
- Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery. JACHO web site <http://www.jointcommission.org>
- Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire. Fondation pour la sécurité des Patients Suisses. Site web <http://www.patientsicherheit.ch/de/ueber-uns/Patientsicherheit.html>
- A follow up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert 2001 ; 24 . JACHO web site http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_24_a_follow-up_review_of_wrong_site_surgery/
- De Vries, E., Prins H., Crolla R., and the SURPASS group, Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes, N Eng J. Med 2010, 363:1928-1937 2010_NEnglMed_DeVries_Une check-list qui suit tout le trajet de l'opéré : le projet SURPASS
- Neily J., Mills P., Young-Xu Y., Carney, B., West P., Berger D., Mazzia D., Paull D., Bagian J. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality, JAMA. 2010;304(15):1693-1700
- Haynes A., Weiser T., Berry, W., Lipsitz S., Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, C., Merry, A., Moorthy, K., Richard K, Taylor B., A. Gawande, A. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, N Engl J Med 2009;360:491-9.

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>