



Déclarer, analyser, s'améliorer : apprendre de nos erreurs  
La gestion des événements indésirables associés aux soins

# *De la déclaration des EIAS aux solutions pour la sécurité du patient*

Dr Laetitia May-Michelangeli, HAS

Dr Bertrand Millat, Fédération de chirurgie viscérale et digestive



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive |

# Retour d'expérience (REX)

**REX** : composante de la gestion des risques qui consiste à **apprendre** à partir des événements indésirables passés pour mieux maîtriser l'avenir.



- ✓ **Connaître** : identifier, collecter, documenter, sélectionner les EIAS.
- ✓ **Comprendre** : analyser, recherche des causes immédiates et profondes, analyser la récupération.
- ✓ **Agir** : **actions, solutions**, tracées, suivies, évaluées
- ✓ **Partager** : communiquer, informer, archiver.

# Connaitre

## Base Rex de l'accréditation :

- 110 000 EIAS depuis 2007
- + 10 000 EIAS /an
- Plus de 10 000 médecins participants volontaires depuis le début
- Des EIAS par spécialité +/- inter-spécialité
- Analyse des EIAS par les médecins (ou l'équipe) standardisée,
- Validation par des experts de l'OA
- Un Système d'information

HAS



## Base REX des EIGS

- Tous les professionnels
- Mise en route 2017 → tendance annuelle 2000?
- Analyse des EIGS standardisée par les professionnels +/- aidée par les SRA
- Validation en locale / régionale
- Transmission à la HAS
- Vérification de la conformité
- Analyse par un GT experts
- Un Système d'information



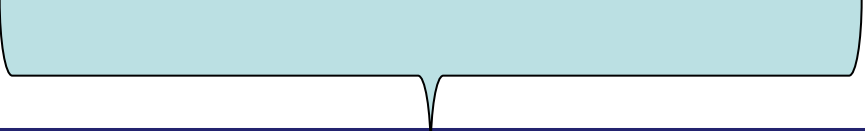
# Comprendre

## EIAS dans l'accréditation

- Synthèse par un expert formé d'un OA
- Codage par mots clés
- Acceptation

## EIGS

- Mots clés + synthèse par le GT experts
- Codage de la qualité de l'EIGS
- Codage de l'intérêt de l'EIGS

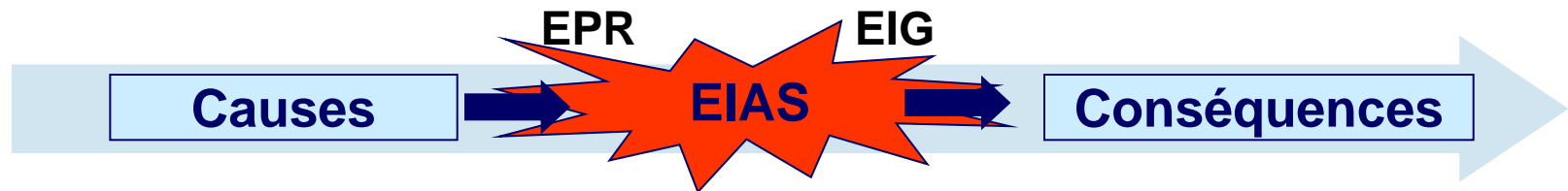
- 
- Une histoire à diffuser (cas clinique, EIAS pédagogique...)
  - Mise en évidence d'un nouveau risque
  - Alerte à faire
  - Actions à mettre en œuvre au niveau national (Bonnes pratiques, solutions pour la sécurité du patient formation, DPC, ...)

# Agir → les solutions pour la sécurité du patient



- des outils pratiques de prévention et de récupération des EIAS/EIGS
- Basés sur l'analyse des causes profondes et des barrières
- ≠ recommandations
- Selon une méthodologie validée en mai 2012 par la HAS

# Evènement indésirable associé aux soins



## Barrières

### prévention

**évitent la survenue de l'EIAS**

- ✓ Qu'est-ce qui pourrait éviter/empêcher la survenue de l'EIAS?
- ✓ Comment le prévenir ?

### récupération

**permettent d'annuler les conséquences d'un EIAS en cours de constitution**

- ✓ Comment stopper, contrôler, récupérer l'EIAS avant une conséquence/ complication majeure?

### atténuation

**permettent d'atténuer les conséquences de l'EIAS constitué**

- ✓ Comment gérer les conséquences de l'événement ?
- ✓ Qu'est-ce qui peut empêcher la survenue de conséquences encore plus graves ?

# Partenariats

- **Organismes agréés d'accréditation**
- **SRA**
- **ANSM**
- **ANESM**
- **ONIAM/ORM**
- **ASN**
- **Santé Publique France (SPF)**
- **Sociétés savantes**
- **Patients**

# « Solutions pour la Sécurité du Patient »

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS  
SÉCURITÉ DU PATIENT

POINTS CLÉS & SOLUTIONS  
SÉCURITÉ DU PATIENT

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FCVD  
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CHIRURGIENS  
VASCULAIRES ET CARDIOLOGUES

CFAR

SFAR

## Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens

*Mieux travailler en équipe*

Novembre 2015

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens assurent conjointement la qualité des soins et la sécurité des patients dont ils ont la responsabilité. Pour gérer la complexité des parcours et répondre aux impératifs de l'organisation, la définition des rôles et la répartition des tâches de chacun sont nécessaires.

Les « points clés et solutions » pour la sécurité des patients sont un outil pour l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce document est le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de différentes spécialités. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations. Elles ne sont pas théoriques mais pratiques.

Ce document ne prétend pas imposer des solutions, mais doit être lu comme une liste de questions qui visent à sécuriser le parcours des patients en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur travail en équipe.

Dans la chronologie du parcours d'un opéré, l'accent est mis sur le partage des informations, leur traçabilité et la prise de décision partagée. Les « points clés et solu-



tions » listent dans un ordre chronologique les 15 étapes critiques qui ont été identifiées comme à l'origine des dysfonctionnements les plus fréquents entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

La somme des compétences individuelles ne crée une compétence collective que s'il existe une définition concertée des objectifs et un partage des responsabilités et résultats.

La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens s'inscrit dans une démarche collective de gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.

### Quoi d'agit-il ?

Un endoscopie exige un pneumopéritoine dont la création comporte des risques spécifiques : hémorragiques et pleuro vasculaires (torse, foie, vaisseaux iliaques). Plus de 250 000 interventions de chirurgie digestive sont réalisées en endoscopie chaque année en France (sans PMSI) et toutes ces endoscopies nécessitent la création d'un pneumopéritoine. Pour estimer l'incidence des pleuro vasculaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital à long terme, 100 cas par an en France.

Les recommandations de pratique clinique ont été publiées dans le cadre de la prévention des risques liés à la création du pneumopéritoine.



## Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ?

Mai 2016

Aucune n'a permis de préciser une technique unique car les données de la littérature et la rareté des complications ne permettant pas d'aboutir à un choix.

La revue systématique Cochrane aboutissait aux mêmes conclusions. Si la préconisation d'une technique sur les seules données scientifiques disponibles est difficile, il est possible de faire connaître les recommandations techniques validées par la profession et les barrières permettant de prévenir les complications ou d'en réduire la gravité.

Plus que leur incidence, la gravité de ces accidents et le caractère non décisionnel de la recherche clinique publiée ont conduit à élaborer, pour les professionnels, la présente stratégie de gestion des risques liés à la création du pneumopéritoine.

## SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT

### Éviter la confusion re antiseptique et sique injectable ?

La confusion lors de leur utilisation et de conséquences pour le patient si l'antiseptique est injecté à l'anesthésique.

Il a été mis en évidence par des déclarations d'événements indésirables survenus à nos 219 événements porteurs de risque ont été

Cette situation à risques existe également dans d'autres spécialités interventionnelles et pour des actes et des produits pharmaceutiques différents (ex : en cardiologie et radiologie interventionnelles, chirurgie vasculaire, orthopédie, soins externes, etc.).



tion de professionnels de santé différents (celui qui ordonne, celui qui prépare, celui qui injecte), et peu de règles concernant la préparation et l'usage de ces médicaments. Il est recommandé de s'appuyer sur des conventions non écrites basées sur des habitudes. Il est recommandé de faire de la vérification en routine de l'opérateur. Un contrôle croisé entre professionnels lors de l'utilisation des produits. Il est recommandé de faire un stress test d'une intervention chirurgicale.



# Exemple de la FCVD



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS  
SÉCURITÉ DU PATIENT



Fédération de chirurgie viscérale et digestive



Collège français des anesthésistes-réanimateurs



Société française d'anesthésie et de réanimation

## Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens

*Mieux travailler en équipe*

Novembre 2015

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens assument conjointement la qualité des soins et la sécurité des patients dont ils ont la responsabilité. Pour gérer la complexité des parcours et répondre aux impératifs de l'organisation, la définition des rôles et la répartition des tâches de chacun sont nécessaires.

Les « points clés et solutions » pour la sécurité des patients sont un outil pour l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce document est le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de différentes spécialités. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations. Elles ne sont pas théoriques mais pratiques.

Ce document ne prétend pas imposer des solutions, mais doit être lu comme une liste de questions qui visent à sécuriser le parcours des patients en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur travail en équipe.

Dans la chronologie du parcours d'un opéré, l'accent est mis sur le partage des informations, leur traçabilité et la prise de décision partagée. Les « points clés et solu-



tions » listent dans un ordre chronologique les 15 étapes critiques qui ont été identifiées comme à l'origine des dysfonctionnements les plus fréquents entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

La somme des compétences individuelles ne crée une compétence collective que s'il existe une définition concertée des objectifs et un partage des responsabilités et résultats.

La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens s'inscrit dans une démarche collective de gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.

### Promoteurs



COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

Collège français des anesthésistes-réanimateurs



Fédération de chirurgie viscérale et digestive

Fédération de chirurgie viscérale et digestive



Société française d'anesthésie et de réanimation

### Organismes agréés associés



ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Association française d'urologie



Collège de neurochirurgie



Chirurgie orthopédique et traumatologique



Chirurgie infantile



Chirurgie plastique reconstructrice

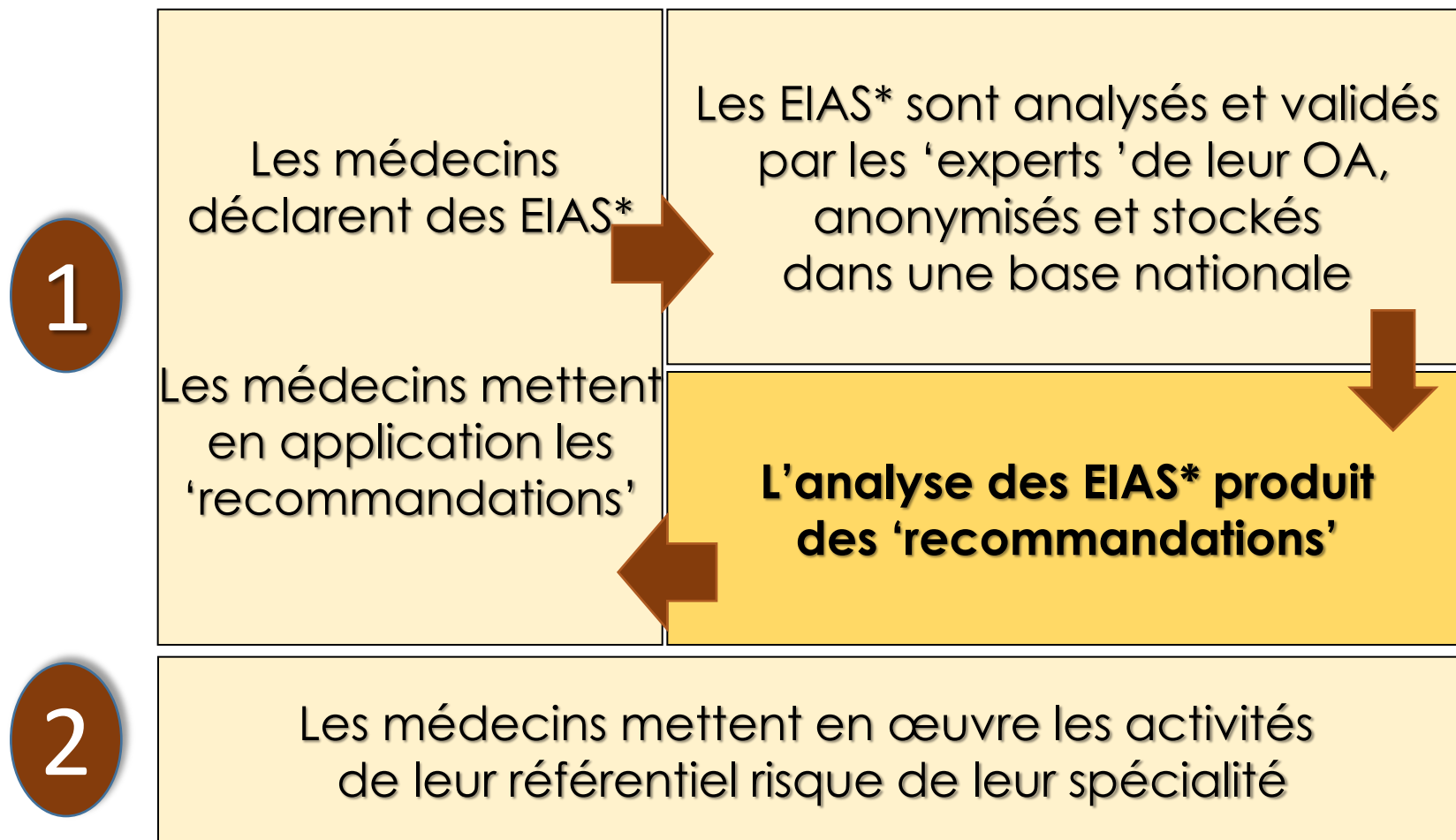


Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



Chirurgie vasculaire

L'accréditation est une démarche volontaire de gestion des risques basée sur le retour d'expérience



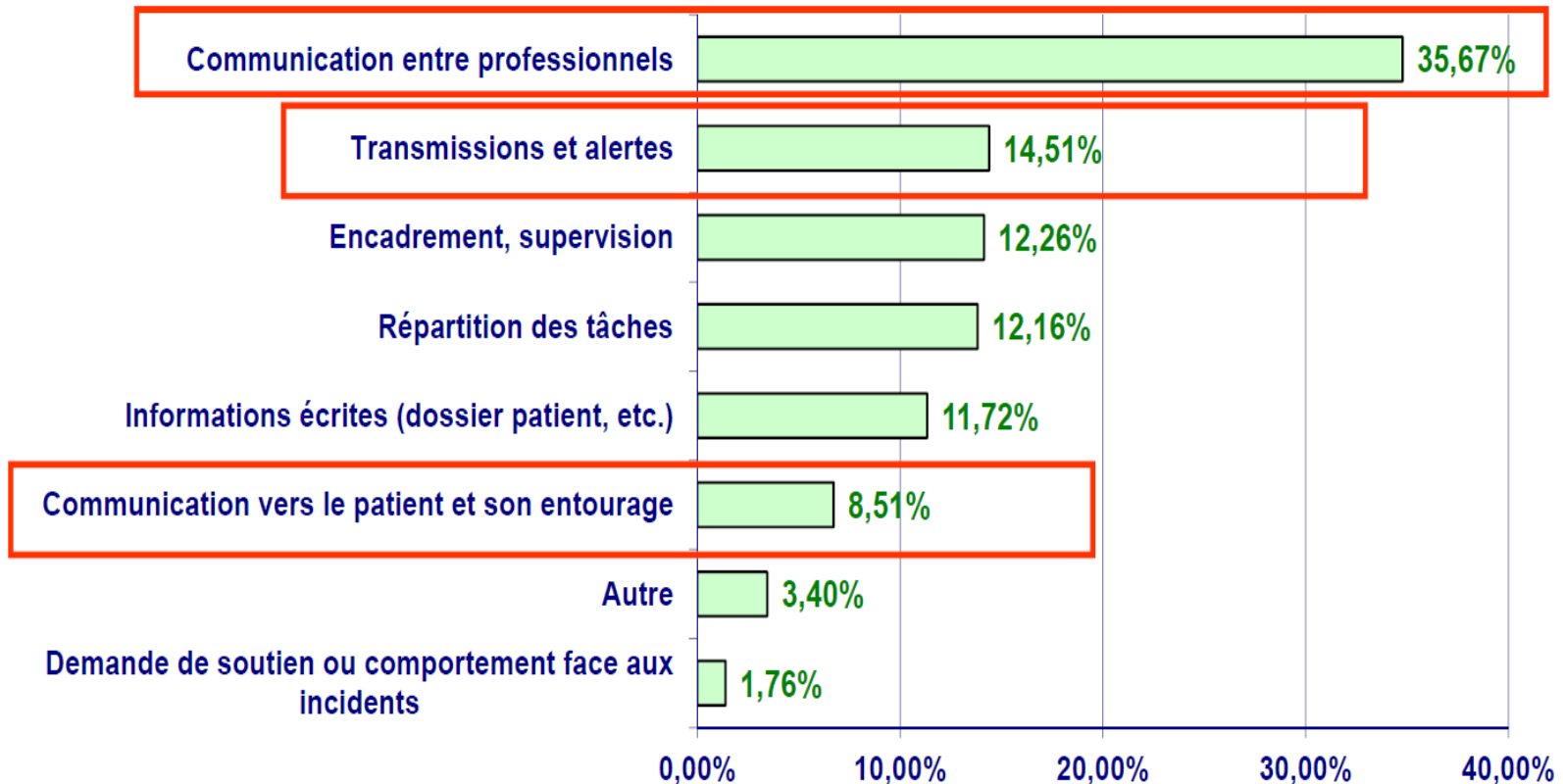
\* Événement Indésirable Associé aux Soins

# 803 déclarations « coordination chirurgien- anesthésiste »

- Situations le plus souvent décrites
  - **Bilan pré opératoire incomplet**
  - **Prise en charge per opératoire**
    - AB-prophylaxie, Absence du MAR ou de l' IADE en salle, Check liste non ou mal faite
  - **Défauts de prescription et suivi en hospitalisation conventionnelle**
  
- Causes systémiques le plus souvent rencontrées
  - **Défaut de communication au sein de l'équipe:**
    - Relation anesthésiste-chirurgien
    - Multiplicité des intervenants/communication en Anesthésie-Réanimation
  - **Non répartition des tâches, protocoles absents ou mal appliqués:**
    - Charte de fonctionnement, Check liste, Médecin référent en post opératoire

## Données de la base REX Accréditation :

- 28.705 événements déclarés entre 2011 et 2013
- 27% des causes profondes (ALARM) liées à l'équipe



- Thème « **Coopération Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens** » retenu par la HAS et approuvé par la CRIS en réunion plénière le 14 novembre 2014.
- **SSP de type 3** \* pilotée par la Mission Sécurité Patient.
- Groupe de travail : 6 organismes accréditeurs
  - **Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (promoteur)**, Collège français des Anesthésistes Réanimateurs, Chirurgie orthopédique et traumatique, Chirurgie plastique reconstructrice, Association Française d'Urologie, Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire;
  - Une société savante: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation;
  - Une cadre supérieure de santé IBODE ;
  - Une représentante des usagers.
- 3 réunions plénières, 3 conférences téléphoniques, mails, V0 – V4.

\* Validation par le Collège de la HAS

# *Points-clés et Solutions*



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



**Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens :  
Mieux travailler en équipe.**

1. Le **dossier du patient est accessible à tout moment** pour tous les membres de l'équipe
2. Tout patient doit avoir **une consultation chirurgicale et une consultation anesthésique** préopératoires.
3. Toutes **les informations** concernant la période péri-opératoire **sont notées dans le dossier**, y compris les consultations spécialisées, les préparations spécifiques préopératoires et la demande de soins intensifs/réanimation post-opératoires.
4. Toute **modification** des techniques opératoire et anesthésique **doit être tracée**, motivée et expliquée en temps utile aux acteurs de soins concernés.
5. L'appréciation de **l'opérabilité du patient est une décision partagée**. Elle permet la confirmation de la programmation opératoire.

6. Les règles de **continuité du traitement personnel** du patient sont définies, et précisent le professionnel qui en est chargé.

7. Il est possible à tout moment et pour tout patient, opéré ou sous surveillance médico-chirurgicale, d'**identifier l'anesthésiste-réanimateur (MAR) et le chirurgien qui assurent la continuité des soins** et la prise en charge jusqu'à la sortie, les visites et la surveillance post-opératoire, y compris pendant les périodes vulnérables.

8. La **check-list est réalisée pour chaque intervention en présence du MAR et du chirurgien (temps 2 et 3).**

Tous les éléments concernant la prise en charge post-opératoire du patient sont précisés par le MAR et le chirurgien dès la fin de l'intervention (temps 3) et sont consignés dans le dossier du patient.



9. Les **procédures et protocoles** de prise en charge **sont écrits, connus et respectés de tous**. Ils précisent le rôle de chacun en termes :

- d'installation du patient au bloc opératoire,
- de prise en charge de la douleur, de l'antibioprophylaxie et thérapie, des anticoagulants et des antiagrégants, de prescription des produits sanguins et dérivés et de nutrition
- de traitement personnel du patient ainsi que de rédaction des ordonnances de sortie,
- de toute prise en charge spécifique au secteur d'activité

10. En cas d'**évènement indésirable associé aux soins**, sa déclaration, l'information qui sera donnée au patient ainsi que la désignation du médecin qui s'en chargera font l'objet d'une concertation entre anesthésiste et chirurgien

# Amélioration des pratiques professionnelles

**Étape 1** : organisez votre démarche (composition de l'équipe, organisation et planning des différentes étapes).

**Étape 2** : évaluez en équipe, chaque point clé (cf. supra).

0 : absent

1 : en projet

2 : en cours de développement ou partiellement satisfait

3 : réalisé

4 : suivi et évalué selon des modalités adaptées à votre secteur d'activité (documents justificatifs, enquête, compte rendus de réunions, audit, patient traceur etc.).

**Étape 3** : faites la synthèse de l'évaluation réalisée (cf. annexe)

**Étape 4** : décidez ensemble des actions d'amélioration à mettre en œuvre et à suivre. (cf. annexe)

# Qui fait Quoi ?

- Validé par TOUS les OA
- Relu et validé par le CNOM
- Validation collège HAS le 18 novembre 2015
- Promotion et diffusion début 2016

<https://www.has-sante.fr/.../cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe>

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS  
SÉCURITÉ DU PATIENT



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive

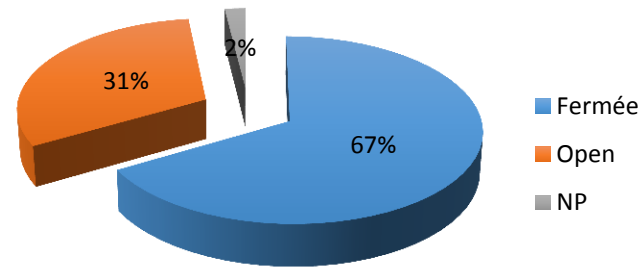


Comment réduire  
les risques associés  
à la création d'un  
pneumopéritoine en  
chirurgie digestive ?

Mai 2016

# Analyse de 204 EPR enregistrés entre le 01/10/2008 et le 15/12/2010

## 204 EPR: 194 analysés



### Technique fermée:

2/3 ponction à l'aiguille dans l'hypochondre droit

### Technique ouverte:

Toujours réalisée à l'ombilic ou para ombilical

**Introduction du trocart: ombilical ou para ombilical**

**11<sup>ème</sup> JOURNÉE NATIONALE de la FCVD**

Le samedi 26 mars 2011 de 9h à 17h  
Hôtel Hilton Arc de Triomphe Paris  
51-57, rue de Courcelles 75008 Paris

**Gestion des risques associés à la création du pneumopéritoine et à l'introduction du 1<sup>er</sup> trocart**

**Élaboration de recommandations :**

- > Par les professionnels pour les professionnels
- > Jury indépendant
- > Participation de l'assistance (votes interactifs)

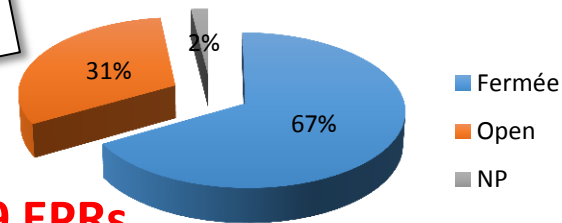
Journée validante pour l'Accréditation individuelle

Un document de travail sera diffusé à tous les inscrits en février 2011

Avec la participation financière de

# Incidents du pneumo et introduction du 1<sup>er</sup> trocart

**Pas de comparaison possible  
entre les deux techniques**



**Résultats préliminaires: 204/419 EPRs**

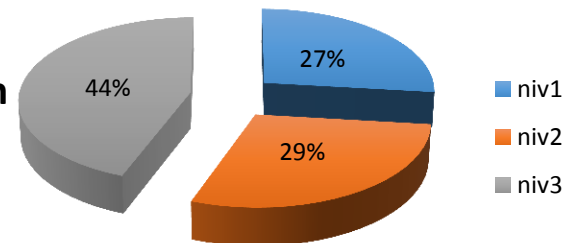
**Base REX (04/08- 12/10)**

- 48 plaies viscérales
- 5 plaies gros vaisseaux\*

Durant la période avril 2008-décembre 2009, environ **au moins 15% des chirurgiens engagés dans l'accréditation ont déclaré avoir été confronté à un événement grave (niv3)** dont l'absence d'identification et de récupération auraient conduit à une évolution grave ou fatale du patient.

\* PMSI 2007 2008 / 30 « plaies » dont 25 gestes aortiques

## Technique utilisée



## Niveau de gravité



**PARTAGER....**

## inter spécialités : coproduction HAS - OA (type3)

- Comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ?
- Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens
- Comment réduire les risques associés à la création d'un PNOP en Chir. Digestive
- Check-list sécurité du patient au bloc opératoire en chirurgie infantile
- Comment réagir face à la présence d'humidité dans les boîtes d'instruments stériles ?
- Comment éviter la confusion entre antiseptique et anesthésique injectable ?
- Réduction des erreurs de sites d'exérèse de lésions cutanées.

## intra spécialité : OA avec méthode et validation HAS (type 2)

- Comment réagir face à une difficulté d'ablation du matériel d'ostéosynthèse ?
- Surpoids maternel et échographie fœtale
- Grossesse de localisation inhabituelle : conduite à tenir

## intra spécialité : OA (type 1)

- Gestion d'une erreur de côté ou de site opératoire
- Défaillance dans la prise en charge médicamenteuse de l'enfant en chirurgie
- Gestion d'une désaturation au bloc opératoire chez un patient intubé et ventilé
- ...et d'autres .....