

COMPLICATION CHIRURGICALE ET PREVENTION DU RISQUE

REMERCIEMENTS À S.BART, J.D DOUBLET ET B.POGU



Mr M, 67 ans



Suivi depuis **2011**.

Découverte d'un cancer localisé de la prostate
(Nodule droit, 30 g, 3/12 Gleason (4+3))

IRM (pas d'extension extra capsulaire)

RCP

Chirurgie robotique

4 jours avant la chirurgie, CS dermato (Solupred)

Placard prurigineux bras et genoux

- **79 Kg 165 cm**
 - **Sur le plan médical :**
HTA, Hypercholestérolémie, Migraine
 - **Sur le plan chirurgical :**
Appendicectomie (**1988**)
Cholécystectomie (**2005**)
Sigmoïdectomie (**2011**) fistule urinaire
Néphrectomie gauche (**2013**).
Créatininémie à 10,4 mg/l
 - Aucune allergie connue.
- TTT:** SELOKEN, TAHOR, LAROXYL,
SOLUPRED **40** mg par jour

Prostatectomie Robot assistée

ECBU pré opératoire négatif

Check list ok

Installation du robot

Antibioprophylaxie

Open coelio

Viscérolyse FIG ciseau sans coagulation (sans difficultés): « Mise sous contrôle de la vue du premier trocart de 7 mm en fosse iliaque gauche, libération au ciseau à lame d'adhérences entre la paroi et l'épiploon à gauche, une anse intestinale est libérée qui était fixée à la paroi antérieure... »

Prostatectomie avec préservation à gauche et curage ilio obturateur bilatéral

Anastomose uréthro vésicale étanche

Temps opératoires: 3 h 30 mn

Saignement évalué : 350 ml

Surveillance en salle de réveil à partir de midi

Contre visite à 18h00: patient endormi et douloureux



Suites

J0 23:40 Hypotension PA à 84/60 Remplissage

J1 2:40 appel MAR (hypotension persistante-tachycardie-douleurs épigastriques-dyspnée-apyrétique) Redon 150 ml

consultation cardiologique

4:00 appel chirurgien d'astreinte (Hb 15 g/dl, Troponine, Ins rénale creat 22,4)
pose SNG, Rocéphine 2 g.

7:30 patient examiné par son opérateur prévenu dans la nuit.

TDM en urgence le matin (8:58) (RAS)

J1 9:30 transfert en USI

J1 11:00 transfert en réanimation (dégradation clinique malgré les amines vasopressives)

TDM à l'arrivée

14:00 Reprise chirurgicale (état de choc réfractaire)

Reprise chirurgicale

Open coelio: liquide digestif

Conversion

« au regard de l'ombilic on retrouve un épiploon où siège un orifice centimétrique d'où s'écoule un liquide digestif. Cet épiploon est fortement adhérent au grêle sous-jacent... décollement du grêle et séparation de l'épiploon de grêle pour retrouver un orifice de perforation centimétrique à bords nets... A noter que les adhérences sont intimes entre le grêle et le tablier épiploïque qui le recouvre.... A une dizaine de cm dans le flanc gauche on retrouve un 2nd orifice de petite taille pour lequel un point en X de Vicryk 3/0 serti en permet l'obturation... »

Réparation simple des perforations digestives

EN FRANCE : Depuis 2008, ACCREDITATION DES MEDECINS

- Procédure volontaire concernant les chirurgiens, les medecins anesthésistes réanimateurs et les gynecologues
- Déclaration des événements porteurs de risques ou des événements indésirables associés aux soins
- Base de recueil par la haute autorité de santé (Base REX)
- Analyse de la base permet d'éditer des recommandations et de formaliser des programmes de formation individuels
- . Un organisme de gestion par les urologues : **URORISQ**
- . **Un Bonus: prise en charge d'une partie de l'assurance responsabilité civile professionnelle par l'assurance maladie (CPAM)**
- . Au niveau des établissements : Revues de Morbi- Mortalité

QUELS SONT LES CAUSES D'ERREURS ?

- 2 à 3% des erreurs cliniques sont attribuables à l'incompétence, l'imprudence, au sabotage ou à la négligence grave
- 97 à 98% liées aux dangers que recelent les systèmes de santé

* Berwick D.M the institute for healthcare. Committee on senate appropriation subcommittee of labor, health and human services- declaration 13 mars 2003

QUELS SONT LES CAUSES D'UN ACCIDENT ?

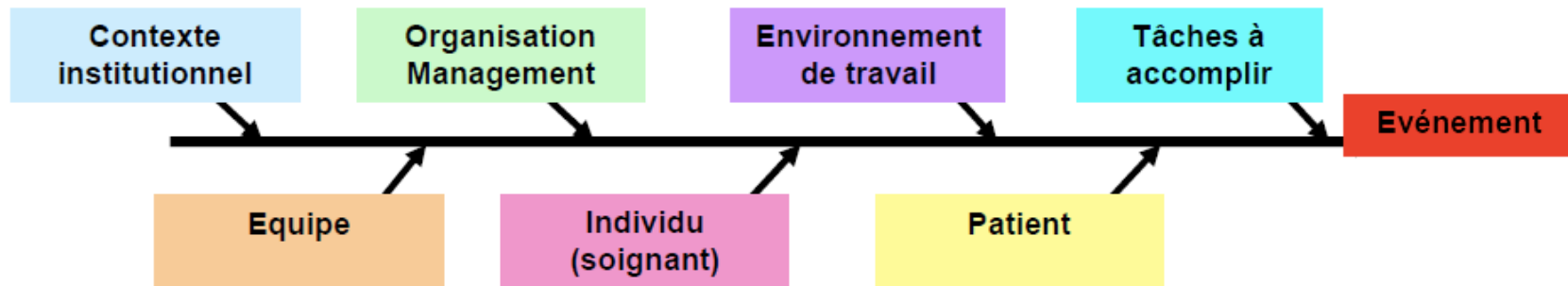
- **Cause immediate:**
 - En general evidente
 - Dans le cas de notre patient: perforation digestive et péritonite
- **Causes racines:**
 - Causes plus difficiles a mettre en évidence
 - Y-a-t il eu dans toute l'organisation des soins des facteurs de risques qui peuvent etre corrigés?
 - Utilisation d'un outil : **LA GRILLE ALARM**

GRILLE ALARM

- Méthode d'analyse développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche composé de:
 - Clinical Safety research Unit (Imperial College London)
 - Association of Litigation And Risk Management

* How to investigate and Analyse clinical incidents Vincent. C, BMJ 2000,320: 777-81

COMMENT PREVENIR LE RISQUE ?



OBJECTIF

Objectif

Face à un incident ou un accident, comprendre comment à partir d'une collecte de données correctement réalisée, remonter des causes apparentes jusqu'aux causes latentes (dites causes racine)



La grille ALARM (thèmes, exemples et questions à poser)

1. Facteurs liés au patient	
<p><i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i></p>	
1.1. Antécédents	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> • les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
1.2. État de santé (pathologies, co-morbidités)	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ? • quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
1.3. Traitements	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement...)
Question	<ul style="list-style-type: none"> • le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ? • la langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ? • des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ? • est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
1.5. Relations conflictuelles	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ? • quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.	
2.1. Protocoles (Indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadéquation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (il peut s'agir de protocoles diagnostiques, thérapeutiques, de soins, organisationnels...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ? • si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?
2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadéquats à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ? • existe-t-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?
2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »...
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ? • sont-ils disponibles ? • ont-ils été utilisés ?
2.4. Définition des tâches	
Exemples	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat) ou absence de définition.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les tâches concernées étaient-elles bien définies ? • la définition des tâches prend-t-elle en compte les compétences des différentes professions ? • la définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ? • existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
2.5. Programmation, planification	
Exemples	Défaut de programmation opératoire (absence, modification...). Planification des soins ou des tâches non adaptée.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les tâches concernées étaient-elles planifiées ? • l'intervention était-elle programmée ? • le programme a-t-il été respecté, modifié ? • la personne appropriée a-t-elle été consultée quand cela était nécessaire pour le déroulement des soins ?
3. Facteur lié à l'individu (le ou les professionnels impliqués)	
Les facteurs individuels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique.	
3.1. Qualifications, compétences	
Exemples	Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir). Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers...). Manque de motivation.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ? • avez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique	
Exemples	Mauvaise disposition physique et mentale (ex : effets de la charge de travail, de la maladie, etc. sur l'état psychologique et physique des individus).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ? • étiez-vous stressé ?

4. Facteurs liés à l'équipe	
<p>Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contraindre et influencé par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins.</p>	
4.1. Communication entre professionnels	
Exemples	Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département ; entre juniors et seniors au sein de l'équipe ; entre différentes professions ; entre professionnel du même niveau. Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations. Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe. Déficience des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • la communication entre vous-même et les autres membres de l'équipe est-elle effective ? • la communication est-elle précise, complète et non ambiguë ? • utilise-t-elle un vocabulaire standard (commun) et pas de jargon ? • est-il possible d'exprimer des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe ? • existe-t-il un temps ou un espace pour cela ? • la collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ? • comment qualifieriez-vous la qualité relationnelle dans l'équipe de travail (ambiance, existence de conflits...)? • est-ce que la communication entre votre service (département ou pôle) et les autres services (départements ou pôles) est effective ?
4.2. Communication vers le patient et son entourage	
Exemples	Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient ou son entourage. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou son entourage.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'équipe a-t-elle eu (passé) suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ? • y a-t-il eu des difficultés linguistiques, culturelles ou des incompréhensions entre l'équipe et le patient et son entourage ? • quelles sont les habitudes du service en termes d'information du patient et de son entourage ?
4.3. Informations écrites (dossier patient, etc.)	
Exemples	Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites (dossier patient, comptes-rendus, fiches...). Divergences dans les écrits. Illisibilité et manque de signature des documents.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les dossiers des patients (supports d'informations) sont-ils accessibles, lisibles, identifiés, et complets ? • les dossiers des patients (supports d'informations) mettent-ils suffisamment en évidence les facteurs de risques ? • quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe (nombre de supports, confidentialité...)?
4.4. Transmissions et alertes	
Exemples	Défaut de transmissions orales ou écrites. Manque d'informations cruciales.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment sont rapportées et partagées les informations cruciales pour la prise en charge du patient entre professionnels ? • les informations sur l'évaluation des patients sont-elles partagées et utilisées par les membres de l'équipe de soins en temps utile.
4.5. Répartition des tâches	
Exemples	Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe. Glissement de tâches. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ? • l'équipe est-elle d'accord sur la répartition des tâches ? • a-t-il été défini qui prend en charge le patient ou réalise un acte particulier ?
4.6. Encadrement, supervision	
Exemples	Défaut d'encadrement. Défaut de coordination dans le service. Définition non claire des responsabilités dans l'équipe. Défaut de supervision ou de réponse à une demande de soutien. Supervision inadaptée des médecins et des autres personnels. Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou retraités). Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisés...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ? • un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ? • la communication entre le management/supervision et l'équipe de soins est-elle adéquate ? • les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont-elles disponibles dans le secteur d'activité ?

5.6. Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
Exemples	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs. Mauvaise adaptation au poste de travail. Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique. Mauvaise gestion des gardes et astreintes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • la composition de l'équipe était-elle appropriée ? • des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont-ils définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 ? • si oui, ces informations sont-elles connues des professionnels ?
5.7. Charge de travail, temps de travail	
Exemples	Irégularité des coupures ou des temps de repos. Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients...). Participation à des activités ou des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ? • avez-vous dû faire face à (ou hiérarchiser) plus d'un cas en même temps ? • deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?
5.8. Retards, délais	
Exemples	Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence négative de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire...). Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées...).
Question	• y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques.	
6.1. Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	
Exemples	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme). Degré d'autonomie du personnel insuffisant. Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces. Changements récents d'organisation interne.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment la structure hiérarchique ou des niveaux décisionnels trop nombreux ont-ils influencé négativement le cours de l'événement ? • les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
6.2. Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
Exemples	Gestion du personnel inadéquate. Description des postes insuffisante. Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité ne sont pas identifiés. Absence d'intégration des nouveaux arrivants.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les compétences nécessaires à une fonction ou à un service sont-elles identifiées ? • existe-t-il une organisation afin d'intégrer tout nouvel arrivant dans l'établissement (information sur l'établissement et le secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction) ? • pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital/spécialité/service vous a préparé à cette situation ? Avez-vous dû collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
6.3. Politique de formation continue	
Exemples	Formation ou entraînement insuffisant du personnel. Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisantes, pas de plan de formation...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il un plan de formation continue établi en accord avec les besoins des services ? • les actes ou procédures de soins nécessitant une formation ou un entraînement sont-ils identifiés ?
6.4. Gestion de la sous-traitance	
Exemple	Insuffisance de la prestation sous-traitée.
Question	• comment la fonction sous-traitée est-elle intégrée dans le fonctionnement du service et de l'équipe ?

Grille ALARM

- **Facteurs liés au patient:**

- ATCDS médico-chirurgicaux
- Corticothérapie

- **Facteurs liés aux tâches à accomplir:**

- Chirurgie robot assistée
- Résultats d'examens complémentaires (indication, disponibilité)
- Suivi post opératoire?

- **Facteurs liés au contexte individuel:**

- Compétence? (coelio, chirurgie digestive)
- Facteur de stress physique ou psychologique

Grille ALARM

- Facteurs liés à l'équipe
 - Communication entre professionnels, avec la famille
 - Coordination des soins
 - Information dossier patient
 - Transmissions et alertes
 - Répartition des tâches
- Facteurs liés à l'environnement de travail
- Facteurs liés à l'organisation et au management
- Facteurs liés au contexte institutionnel

MESSAGES

- Devant toute complication rechercher les causes profondes (causes racines)
- Hierarchiser ces causes
- Etablir des corrections (Barrieres)
- Grille ALARM : un bon outil