

Accidents et « presque accidents » au bloc opératoire

Présentation et analyse de situations vécues

C. Leclerc¹, L. Petit¹ et l'Association réseau bas-normand santé qualité²

1- Comité de gestion des risques, Clinique de la Miséricorde, Caen

2- Association réseau bas-normand santé qualité, Caen

✉ **Dr Charles Leclerc** - Comité de gestion des risques - Clinique de la Miséricorde - 15, fossés Saint Julien - 14008 Caen
E-mail : c.leclerc@fondation-misericorde.fr

Le « presque accident » correspond à une situation clinique où une complication éventuellement grave a été évitée de justesse, grâce à une action corrective immédiate, ou bien parce que la complication survenue est moins grave que ce qu'elle aurait pu être. L'intérêt principal de ce type d'événement est qu'il peut être évoqué dans une atmosphère positive, éventuellement gratifiante, sans culpabilité tout du moins, ni litige *a priori* avec le patient ou d'implication médico-judiciaire. Les brefs cas cliniques d'accidents ou presque accidents décrits ici ont semblé assez démonstratifs pour être partagés. Une analyse de type systémique est ensuite proposée.

Contexte de l'établissement

L'analyse systémique ne peut s'envisager qu'en ayant connaissance des spécificités de l'établissement de

santé où les événements décrits plus loin ont eu lieu. Il s'agit d'une clinique de type MCO (Médecine chirurgie obstétrique), participant au service public hospitalier (PSPH), restructurée en 2001 et connaissant certaines difficultés financières. La procédure d'accréditation V1 a été effectuée en février 2006. L'activité chirurgicale est de type ambulatoire, avec patients et actes programmés, de natures variées mais avec des risques chirurgicaux considérés comme faibles (pas d'activité d'urgences). Cette activité est soutenue, mais fluctuante (10 à 26 patients opérés entre 8 heures et 15 heures), avec quatre salles opératoires, 2,5 infirmières anesthésistes et 2,5 médecins anesthésistes réanimateurs (d'où la nécessité de remplacements...) et l'intervention de nombreux opérateurs (environ 40). L'organisation mise en place au bloc opératoire com-

Résumé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la gestion des risques au sein des établissements de santé, les événements indésirables survenus lors des soins doivent être répertoriés et analysés. On distingue les accidents entraînant des dommages plus ou moins sévères, des presque accidents correspondant à une complication évitée - ou limitée dans ses conséquences. L'analyse des presque accidents est facilitée par l'absence habituelle d'implication médico-judiciaire. D'abord centrée sur un fait, l'analyse doit être ensuite élargie à l'ensemble du processus de soin et du système, par essence complexe et donc faillible, dans lequel il intervient. L'objectif de cette démarche est d'éviter que l'événement indésirable ne se reproduise ultérieurement en mettant en place des actions correctives et des barrières. Cet article présente plusieurs cas cliniques réels d'accidents ou de presque accidents survenus dans un bloc opératoire ainsi que l'analyse systémique qui en a été faite.

Mots clés : Événement Indésirable – Bloc Opératoire – Intervention Chirurgie Ambulatoire – Gestion du Risque – Gestion de la Sécurité – Prévention Accident.

Abstract

Accidents and near misses in operating theatres. Clinical cases and their analysis.

Setting up risk management in hospitals requires that the adverse events that occur during healthcare must be recorded and analysed. Accidents lead to more or less serious damages, whereas near misses are situations where complications are avoided or have limited consequences. The analysis of near misses is easier because there are usually no medico-legal implications. The analysis is first focussed on a fact and then extended to the whole healthcare process and to the system in which the process is included, which is complex and therefore fallible. The objective of this procedure is to prevent another similar adverse event from happening again by setting up corrective actions and safeguards. The authors present several genuine clinical cases of accidents or near misses in an operating theatre as well as the systematic analysis of these events.

Key-words : Adverse effects – Operating Rooms – Ambulatory Surgical Procedure – Risk Management – Safety Management – Accident Prevention.

porte un coordinateur, un règlement intérieur, une charte et un conseil de bloc, une réunion de programmation hebdomadaire. Des protocoles écrits, plus ou moins consensuels, sont à disposition. La communication et l'ambiance de travail peuvent être considérées comme satisfaisantes.

Présentation des cas cliniques

Cas n° 1

Une patiente de 68 ans, gênée par une incontinence urinaire, avait été opérée quelques semaines plus tôt avec mise en place d'une « bandelette » sous-vésicale. Dans les suites, les mictions étant de plus en plus difficiles, une ré-intervention avec section de la bandelette a été décidée, avec anesthésie locale accompagnée d'une sédation. La consultation pré-anesthésique était sans particularité. On notait l'existence d'une athéromatose carotidienne asymptomatique « peu sténosante associée à une sténose sous-clavière gauche avec pré-vol vertébral gauche ». L'intervention fut donc précédée d'une sédation intraveineuse avec inhalation de protoxyde d'azote pendant que l'opérateur infiltrait la vulve avec 25 ml de ropivacaïne à 0,75 %. Peu de temps après, la patiente perdait connaissance, était animée de mouvements convulsifs brefs au niveau des membres supérieurs puis restait en apnée prolongée. Après deux minutes d'assistance ventilatoire manuelle, la patiente respirait spontanément et recouvrait sa connaissance cinq minutes plus tard. L'opérateur considérera qu'il s'agissait – comme il l'écrit dans le compte rendu opératoire – d'un « malaise bénin » malgré le diagnostic évoqué par son collaborateur de toxicité neurologique aiguë à la ropivacaïne. Le dosage plasmatique confirma l'injection intravasculaire d'anesthésique local à l'origine des signes observés.

Cas n° 2

Un patient de 70 ans, insuffisant rénal chronique et devant bénéficier à court terme d'une hémodialyse, était opéré pour créer une fistule artério-veineuse (FAV) au membre supérieur gauche. La consultation pré-anesthésique ne retrouvait pas d'antécédent notable en dehors d'une hypertension artérielle ancienne. Un bilan cardiologique récent ne retrouvait pas d'anomalie susceptible de contre-indiquer la chirurgie. Une anesthésie loco-régionale (ALR) du membre opéré était décidée. Lors de la réalisation de la FAV, une injection de 2 mg/kg d'héparine fut réalisée par une infirmière anesthésiste remplaçante, malgré une prescription orale du chirurgien de 0,5 mg/kg. Les suites initiales furent simples mais quelques heures plus tard, survenait un saignement important au niveau du pansement. Une compression modérée et l'expectative étaient recommandées par l'opérateur.

La sortie, initialement prévue le soir même, était différée au lendemain sans qu'une ré-intervention soit nécessaire.

Cas n° 3

Une patiente de 72 ans sans antécédent notable, était opérée de la main gauche sous ALR. Les soins anesthésiques et chirurgicaux se déroulèrent sans problème. Un bref passage en salle de surveillance postinterventionnelle était effectué, puis la patiente regagnait sa chambre avec le membre toujours parétique, insensible et contenu dans une écharpe. Elle était confortablement installée dans sa chambre et la sonnette et le téléphone étaient disposés tout près d'elle, mais du côté gauche. Bientôt, la sonnerie du téléphone retentit. La patiente se mobilisa dans le lit pour décrocher avec sa main droite, si bien qu'elle tomba au sol. Un traumatisme crânien mineur était constaté avec quelques contusions de la face. Les suites furent simples.

Cas n° 4

Une patiente de 42 ans sans antécédent notable devait bénéficier d'une hystérocopie opératoire sous anesthésie générale. Les soins chirurgicaux et anesthésiques s'étaient déroulés normalement. En fin de procédure, une compresse était disposée dans le vagin au contact du col afin de recueillir un saignement résiduel modéré. La présence de cette compresse n'était pas signalée aux collaborateurs et n'était notée nulle part dans le dossier. Les suites furent simples. Après quatre semaines, la patiente présenta des douleurs pelviennes associées à une fièvre modérée et un corps étranger textile était expulsé. La patiente était dirigée vers le service des urgences d'un hôpital. Une antibiothérapie était débutée en ambulatoire et les symptômes disparurent rapidement. Elle porta plainte contre l'opérateur puis un règlement amiable fut trouvé.

Cas n° 5

Un patient de 37 ans était opéré d'un volumineux lipome du flanc. Après une consultation pré-anesthésique sans particularité, il était décidé de réaliser l'intervention sous anesthésie générale, en décubitus latéral après intubation trachéale. Le médecin anesthésiste remplaçant choisit un protocole d'induction anesthésique comportant un curare du type suxaméthonium. Peu de temps après les injections, le patient présenta un bronchospasme rapporté initialement à une insuffisance d'anesthésie au regard du geste d'intubation trachéale. L'apparition secondaire de signes cutanés permettait de diagnostiquer une réaction d'histamino-libération. Après corticothérapie intraveineuse, l'évolution était progressivement favorable et la chirurgie était réalisée comme prévu. Les dosages sanguins confirmèrent rétrospectivement la réaction allergique au curare utilisé.

Analyse

Les cas cliniques rapportés sont analysés d'abord dans une dimension factuelle (aléa, erreur, violation), puis avec un regard plus global. Cette analyse est présentée de manière synthétique dans le *tableau I*.

Discussion

Le manuel d'accréditation des établissements de santé (V2) dans sa référence 15 traite de l'identification, du signalement interne et externe, de l'analyse et du traitement des événements indésirables (EI) (1). Dans le domaine de l'anesthésie, la Société française d'anesthésie et de réanimation incite à créer des tableaux de bords d'activités qui prennent également en compte les EI (2). De gravité variable, les EI répondent à des définitions précises (3). Ainsi, selon les conséquences, on distingue l'accident qui « *a produit des dommages* » et le presque accident qui est une « *situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter* ». Presque accident et accident ont toutefois une genèse identique et seule la « *trajectoire accidentelle* » a été déviée ou interrompue. D'autres auteurs distinguent trois types de presque accident selon que le système a eu un rôle actif ou non dans la minimisation des conséquences (4). Cela a pour intérêt d'évaluer le système en termes de fiabilité et de performance et peut être utilisé comme un indicateur de qualité.

L'analyse des accidents doit répondre à une métho-

dologie particulière, telle qu'elle est proposée dans la littérature médicale (5,6). Un modèle québécois évalue aussi la performance de gestion de la situation en termes de délais de détection et de réaction (7).

La première étape est de répondre à la question « que s'est-il passé ? ». Un soignant est impliqué au plus près du patient et un défaut de soin – encore appelé « *erreur patente* » – est survenu. On pourra distinguer l'aléa, l'erreur, la violation. L'aléa est, par définition, non ou mal prévisible et correspond *a priori* à un risque non évitable. L'erreur est involontaire. Elle peut affecter le jugement, la procédure ou être le fait d'un défaut de connaissance ou d'une maladresse. Enfin, il peut s'agir du non-respect délibéré d'une procédure par mépris des règles, ou motivé par un gain de temps ou un gain financier.

Dans un second temps on cherche à comprendre « *pourquoi, comment cela est arrivé ?* ». Ensuite, les facteurs contributifs qui « *ont poussé à la faute* » ainsi que les contrôles qui ont échoué aux différentes étapes de la procédure sont recherchés. On parle d'« *erreurs latentes* » du système. Il faudra aussi tenir compte des difficultés inhérentes au patient lui-même. Cette démarche est menée, idéalement, par un référent médical non impliqué et un membre du service qualité de l'établissement de soins. Elle prend en compte les témoignages des personnes présentes, les données inscrites dans le dossier médical et le « *théâtre* » des événements. Un éclairage plus large

Tableau I - Analyse factuelle et systémique des cas rapportés.

N° de cas	Description de l'événement « Le fait »	Eléments d'analyse	
		Qualification « c'est quoi ? »	Facteurs contributifs « pourquoi ? »
1	Toxicité neurologique suite à une injection intra vasculaire d'anesthésique local	Erreur par maladresse	Tissu très vascularisé Pas de consensus sur le volume et la concentration du produit à administrer Non communication de la ponction vasculaire
2	Surdosage en anticoagulant	Erreur par défaut de connaissance	Infirmier remplaçant Protocole non communiqué Communication altérée par la bavette
3	Chute du patient de son lit	Erreur par maladresse	Personne âgée et seule dans sa chambre Parésie persistante du membre
4	Oubli de compresse intra vaginale	Erreur par maladresse	Pas de compte des compresses Equipe non informée Patiente non informée Fait non consigné sur le compte rendu opératoire
5	Réaction allergique per- anesthésique	Aléa*	Médecin remplaçant Pas d'information sur les protocoles du service (utilisation limitée des curares) Pas de procédure écrite

* A noter une prise de risque inutile, car dans le cas précis la curarisation n'est pas impérative. L'immobilité et le relâchement musculaire donnés par le curare sont utiles essentiellement au chirurgien. Accessoirement, les conditions d'intubation trachéale sont meilleures et cela réduit le risque d'échec et de traumatisme liés à cette technique. Mais un risque allergique mal prévisible et éventuellement grave pouvant entraîner le décès est aussi à considérer.

est donné sur l'événement (*Annexe I*). Le but final est de comprendre la genèse de l'accident - ou du presque accident - et d'éviter qu'un événement comparable ne se reproduise en modifiant le système : disparition des « erreurs latentes » (insuffisances organisationnelles par exemple) ou en renforçant ses « défenses ».

Les différents cas rapportés ici constituent des EI au cours d'un processus de soin. Certains sont à considérer comme graves au sens où il y a eu allongement de la durée d'hospitalisation (cas n° 2), nécessité d'une hospitalisation secondairement (cas n° 4). Notons qu'il y a eu accident puisqu'un dommage a été créé, mais notons aussi que l'évolution spontanée aurait pu avoir des conséquences plus graves encore : hypoxie cérébrale prolongée (cas n° 1), nécessité d'une reprise chirurgicale (cas n° 2), traumatisme crânien grave (cas n° 3), arrêt cardiaque (cas n° 5). En cela, on peut considérer qu'il s'agit aussi de presque accidents sans que l'issue n'en soit modifiée (sauf dans le cas n° 1 où la prise en charge médicale immédiate a évité une évolution plus péjorative). Pour ce qui est des erreurs latentes, on notera une communication insuffisante entre acteurs de soins dans les cas n° 1 et n° 2, l'implication d'un remplaçant dans les cas n° 2 et n° 5 et l'absence de procédure écrite en salle d'opération qui a contribué au surdosage en anti-coagulant dans le cas n° 2. Dans le cas n° 3, la chute du lit résulte d'une maladresse, de la non mise en œuvre de ce qui est logique, évident et qui n'aurait pas échappé à un patient plus jeune.

Alors quels correctifs et implications sont à discuter dans notre organisation ? L'attitude qui consisterait à ne plus faire appel aux remplaçants impliqués dans ces événements serait inappropriée. Le recours au remplacement était, à l'époque des faits, une obligation liée à un choix institutionnel car l'activité était fluctuante et le recrutement apparaissait plus coûteux que des remplacements ponctuels. Les qualités observées le plus souvent chez les remplaçants (expérience, polyvalence, adaptabilité, etc.) ne font pas obstacle à l'EI car la méconnaissance des habitudes, des procédures propres au bloc, des collaborateurs... sont autant de handicaps. Remplacer, c'est aussi faire la preuve de sa compétence professionnelle au moment voulu et pour l'avenir en cas de proposition ultérieure... Cela n'est sans doute pas sans altérer les capacités d'analyse et de réaction. Ne plus faire appel à un remplaçant au motif qu'il a été impliqué dans un EI, alors que le système est lui aussi en cause, revient à en faire une « seconde victime ». Depuis, le recrutement d'une infirmière anesthésiste - parce que l'activité a augmenté et est plus régulière - ne s'est pas accompagné de nouveau EI de ce type dans le cadre de notre activité. Concernant les protocoles, il a été décidé une plus large diffusion jusqu'en salle d'opération, alors que ceux-ci étaient présents seulement en salle de réveil. Un compte des compresses en fin

d'intervention est désormais intégré dans la procédure d'hystéroscopie. Une procédure écrite pour le retour des patients en chambre a été formalisée et on évite désormais d'héberger des patients âgés en chambre seule.

Mais peut-on tout corriger ? Peut-on tout éviter ? Non, bien sûr. L'objectif raisonnable est de réduire le risque évitable. L'absence de protocole est à l'origine d'un grand nombre d'EI liés aux soins (8). Encore faut-il que le cahier de protocoles soit régulièrement actualisé, facilement accessible, lu... Faut-il tout écrire ? Non, évidemment. Bien souvent le bon sens est suffisant. Il faut rester pratique, pertinent et s'attacher à prévenir ce qui est fréquent ou grave. Pour ce qui est de l'organisation, il faudra tenir compte du caractère général, habituel ou constant de ces circonstances qui « poussent à la faute » afin que les efforts de mise en place d'éléments correctifs soient rentables. En outre, pour des raisons diverses – financières en particulier – toutes les insuffisances du système ne pourront quelquefois pas être pris en compte. Il faudra alors trouver la parade la plus efficace et la plus « économique » en terme d'investissement en temps, personnel ou financier. La communication est un échange, un partage d'information dans l'intérêt de la qualité des soins prodigués au patient. Chacun est plus ou moins doué pour cela. Intervenir sur l'humain est plus difficile que de créer un protocole correctif, de recourir à des détrompeurs ou des alarmes. Le champ opératoire reste encore un obstacle à l'échange verbal entre l'équipe d'anesthésie et de chirurgie. On pense que l'autre sait, a entendu, a compris.

Conclusion

Le soin est et restera une activité à risque, complexe par nature et par l'intervention de nombreux acteurs. L'aléa est, par définition, imprévisible. Toutefois, il peut résulter d'une prise de risque inutile. En outre, la possibilité d'un tel événement doit faire l'objet d'une réflexion préalable pour permettre le moment venu une réaction rapide et appropriée. L'erreur est indissociable de l'activité humaine. Les erreurs latentes dans le système doivent être recherchées et corrigées afin de limiter le risque d'erreur ou ses conséquences. Seule la violation est difficilement contrôlable... Tout EI est une opportunité d'amélioration si l'on en parle, si l'on cherche pourquoi il s'est produit, si l'on réfléchit comment faire pour éviter qu'il ne se reproduise. Communiquer sur un presque accident est plus facile, car la complication grave n'est pas survenue, et quelque fois l'intervention humaine a empêché le pire. Il faut parler des EI et dépasser les craintes d'être jugé, d'être puni ou de faire punir. Sur ce point, un engagement des cadres et de l'administration de l'établissement de santé est le préalable indispensable pour que les acteurs de soins s'approprient cette nouvelle opportunité d'améliorer la

qualité des soins et donc de réduire le risque lié au soin. Il reste encore un gisement d'amélioration à exploiter pour réduire, jusqu'à l'incompressible, le

risque iatrogénique en tirant les enseignements des EI survenus, évités ou susceptibles de se (re)produire un jour ou l'autre...

Références bibliographiques

- 1- ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure. Septembre 2004, www.has-sante.fr
- 2- SFAR. Un tableau de bord pour les services d'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19(9): 173-179.
- 3- ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Janvier 2003, www.has-sante.fr
- 4- NASHEF SA. What is a near miss? *Lancet* 2003; 361: 180-181.
- 5- AUROY Y, VINCENT C, TAYLORS-ADAMS S, AMALBERTI R, BENHA-
- MOU D, LIENHARD A. Méthode d'analyse des accidents médicaux. Journées thématiques de la SFAR, 2004 Elsevier SAS.
- 6- ETTORY F, MARTY J. Méthode d'analyse d'un accident d'anesthésie. *JEPu d'Anesthésie et Réanimation* 2001, Arnette, pages 129-144.
- 7- MARCELLIS-WARIN N. Analyse des incidents-accidents liés aux soins au Québec : le modèle Recupere-santé. *Risque & Qualité* 2005, 2: 145-153.
- 8- ADJEODA K, MICHEL P, DE SARASQUETA AM, POHIÉ E, QUENON JL. Analyse approfondie des causes d'événements iatrogènes en milieu hospitalier. *Risques & Qualité* 2004; 4: 9-15.

Annexe 1

Étapes de l'analyse d'un accident lié aux soins

1. Qualifier le(s) défauts de soin(s) : le quoi ? (d'après (6))

- Aléa
- Erreur :
 - manque de connaissance ?
 - erreur de jugement ?
 - maladresse ?
 - erreur technique ?
- Violation

2. Identifier les facteurs contributifs (éventuellement associés) : le pourquoi ? (d'après [8])

- au niveau de l'institution : contraintes financières fortes ? sensibilisation à la gestion du risque ? communication satisfaisante ? culture de prévention ? contexte social particulier ?...
- au niveau de l'organisation : changements ? hiérarchie effective ? responsabilités bien déterminées ? coordination interne et externe ? capacités d'adaptation ? implication de la direction des ressources humaines ?...

- au niveau de l'environnement : locaux adaptés ? fournitures de qualité ? équipements maintenus en état ? conditions et charge de travail adéquates ? pression de production ?...
- au niveau de l'équipe : composition appropriée ? qualité de la communication ? transmissions écrites ? collaboration et ambiance satisfaisante ? supervision effective ? bonne coordination des tâches ? implication dans la gestion du risque ?...
- au niveau du soignant : niveau de qualification ? connaissances actualisées ? aptitude et dispositions réelles ? capacité de communication ? expérience ? encadrement ? fatigue ? troubles psychologiques ? addiction ?...
- au niveau de la tâche : bonne définition ? planification approximative ? protocoles existants et lisibles, facilement accessibles, actualisés, pertinents ?...
- au niveau du patient : âge extrême ? gravité de son état ? complexité ? urgence ? communication difficile ? barrière de la langue ? problèmes sociaux ? troubles psychologiques ?...