

# 23 ème Journée d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine JARCA 13/11/2014 Bordeaux

Actualité Professionnelle IADE

---

## Déclaration informatisée des événements incidents en anesthésie (SREIA)

« Nous devons apprendre de nos erreurs ou être condamnés à les répéter »

Dr Laurent svartz

Praticien hospitalier SAR 3 Centre François Xavier Michelet Pr Nouette- Gaulain

Membre Groupe Qualité Pole d'Anesthésie 2011

Accréditation individuelle HAS - CFAR 2013



Nous prenons des risques dans la vie quotidienne et parfois nous commettons des erreurs .....

---

European Society of Anaesthesiology **ESA**



Les Systèmes de Santé ne sont pas aussi sûrs qu'ils pourraient et devraient l'être ...

USA 1999

## INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) REPORT: "TO ERR IS HUMAN"



**Évitable > 50%**

### TO ERR IS HUMAN

National Academy Press 1999

Building a safer health system

Institute of Medicine

44.000 – 98.000 deaths/year (adverse events)

Cost: 17 – 29 Billion US-\$

= one 747-crash every second day

National Academy Press, 1999

Les Systèmes de Santé ne sont pas aussi sûrs qu'ils pourraient et devraient l' être ...

RU 2000

## DEP. OF HEALTH, THE NHS "AN ORGANISATION WITH A MEMORY" LONDON 2000

 **Évitable**

- 400 deaths/serious injuries/year due to adverse events (a.e.) involving medical devices
- 850.000 admissions/year experience harmful a.e.
- 2 billion £/y of direct cost of additional days in hospital due to a.e.
- 400 million £/y for settlement of claims
- 1 billion £ of cost/y for hospital acquired infections (15% avoidable)

USA  
2012

## Eliminating Waste in US Health Care

JAMA. 2012;307(14):1513-1516  
Published online March 14, 2012. doi:10.1001/jama.2012.362

Donald M. Berwick, MD, MPP

Andrew D. Hackbarth, MPhil

Défaillance dans la délivrance des soins :  
Effets indésirables (EI) 102-154 M \$

[James JT.](#) . A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. [J Patient Saf.](#) 2013 Sep;9(3):122-8

### Abstract

#### OBJECTIVES:

Based on 1984 data developed from reviews of medical records of patients treated in New York hospitals, the Institute of Medicine estimated that up to 98,000 Americans die each year from medical errors. The basis of this estimate is nearly 3 decades old; herein, an updated estimate is developed from modern studies published from 2008 to 2011.

#### METHODS:

A literature review identified 4 limited studies that used primarily the Global Trigger Tool to flag specific evidence in medical records, such as medication stop orders or abnormal laboratory results, which point to an adverse event that may have harmed a patient. Ultimately, a physician must concur on the findings of an adverse event and then classify the severity of patient harm.

#### RESULTS:

Using a weighted average of the 4 studies, a lower limit of 210,000 deaths per year was associated with preventable harm in hospitals. Given limitations in the search capability of the Global Trigger Tool and the incompleteness of medical records on which the Tool depends, the true number of premature deaths associated with preventable harm to patients was estimated at more than 400,000 per year. Serious harm seems to be 10- to 20-fold more common than lethal harm.

#### CONCLUSIONS:

The epidemic of patient harm in hospitals must be taken more seriously if it is to be curtailed. Fully engaging patients and their advocates during hospital care, systematically seeking the patients' voice in identifying harms, transparent accountability for harm, and intentional correction of root causes of harm will be necessary to accomplish this goal.



## RU 2008

National Audit Office (2008). Patient safety. London: The Stationery Office

---



- 10% des patients pris en charge présentent des préjudices **évitables** .
- 850000 Evenements indésirables annuels
- Cout des prolongations d'hospitalisation  
2 Milliards £ / an
- Montant des dommages 400 million £/ an
- Cout annuel de chaque EI pour le systeme de santé entre 44,000- 88,000 £ / an.

# France 2010

Rapport DREES enquête nationale sur les EIG liés aux soins (ENEIS 2004-2009 )

## Rapport DREES enquête nationale sur les EIG liés aux soins (ENEIS 2004-2009 )

347 EIG :

1. 61% :214 lors d'une hospitalisation : 6,2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation, dont 2,6 EIG évitable (40% des cas) = 275000 à 400000 EIG/an
2. 40% :160 à l'origine d'une hospitalisation

## Rapport d'évaluation expérimentation déclaration des EIG Institut de veille sanitaire 03/2009 au 06/2010 ENEIS 2009

1. 250 EIG
2. 10% blocs opératoires
3. 6% anesthésie/réanimation/ soins intensifs

## Estimation du surcout des EI évitable associés aux soins : IRDES institut de recherche et documentation en économie de santé 02/2012

1. Surcout direct et prolongation hospitalisation 700M €
2. Coûts directs+ indirects post hospitalisation = charges médicales + perte de productivité et arrêt de travail non évalués

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

# WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS

<sup>5</sup> WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. World alliance for patient safety. 2005 WHO/EIP/SPO/QPS/05.3. *Conceptual framework for the international classification for patient safety, Version 1.1*. WHO 2009. [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)



# Intérêt

---

La principale raison pour signaler un incident afin d'améliorer la sécurité des patients est la croyance que la sécurité peut être améliorée par l'apprentissage des incidents et des évités de justesse, plutôt que de prétendre qu'ils n'ont pas eu lieu.

R. P. Mahajan Critical incident reporting and learning British Journal of Anaesthesia 105 (1): 69–75 (2010)

Le signalement des incidents peut être un outil puissant pour détecter les faiblesses dans le système complexe de l'anesthésiologie, il peut ouvrir la voie pour améliorer notre spécialité, et peut agir comme un outil d'apprentissage constant.

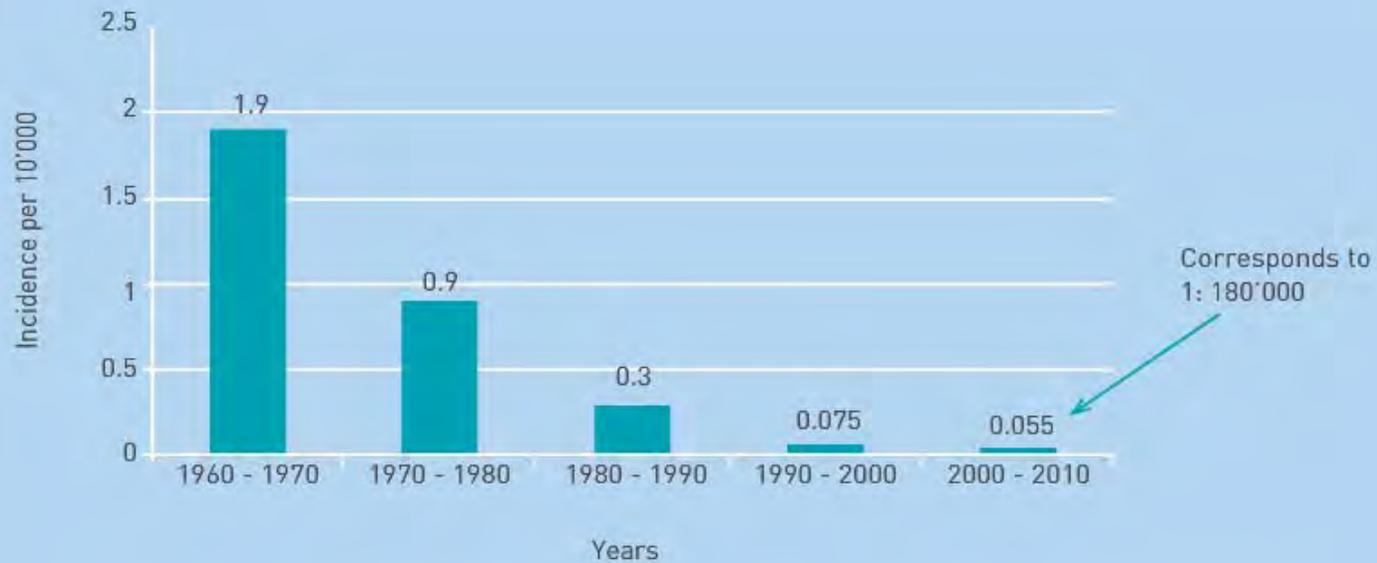
Ayant ses racines dans l'aviation, les rapports d'incidents est aujourd'hui utilisé dans une variété de disciplines médicales au niveau local et même au niveau national.

La Force de la déclaration des incidents est son potentiel d'apprentissage  
Pour fonctionner correctement il exige soutien et motivation des déclarants.

**Nous devons apprendre de nos erreurs ou être condamnés à les répéter**

Staender S: Incident reporting in anaesthesiology Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 25 (2011) 207–214

## ANAESTHESIA RELATED MORTALITY



Warden JC, Med J Austr.; 1994. Gibbs N, et al. Australian and NZ College of Anaesthetists, 2006. Keenan RL. J Clin Anesth. 1991  
Arbous MS, et al. Anaesthesia 2001. Lunn JN. Lancet 1987. Liennart A, et al. Anesthesiology 2006

# Sauf que....

## ANAESTHESIA RELATED MORBIDITY

Minor Morbidity	18 – 22	per 100
Severe Events (ICU admittance)	0.45 – 1.4	per 100
Cardiac Morbidity (non cardiothorac.)	1 – 2	per 100
Permanent Damage	0.2 – 0.6	per 1,000

Bothner U, et al. Br J Anaesth 2000; 85: 271-80. Fastings S, Givold SE. Can J Anaesth 2003; 50: 767-74.  
Kheterpal S, et al. Anesthesiology 2009 Jan;110(1):58-66.

# Analyse des Base de données (big data ) informatique en anesthésie : Allemagne

British Journal of Anaesthesia 113 (1): 109–21 (2014)  
Advance Access publication 5 May 2014 · doi:10.1093/bja/aeu094

BJA

## Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures

J. H. Schiff<sup>1,2\*</sup>, A. Welker<sup>3</sup>, B. Fohr<sup>4</sup>, A. Henn-Beilharz<sup>1</sup>, U. Bothner<sup>5</sup>, H. Van Aken<sup>6</sup>, A. Schleppers<sup>7</sup>, H. J. Baldering<sup>8</sup> and W. Heinrichs<sup>8</sup>

**Results.** Of 1 374 678 otherwise healthy, ASA I and II patients in the CDS database, 36 met the study inclusion criteria resulting in a death or serious complication rate of 26.2 per million [95% confidence interval (CI), 19.4–34.6] procedures, and for those with possible direct anaesthetic involvement, 7.3 per million cases (95% CI, 3.9–12.3).

**Conclusions.** This is the first study assessing severe incidents and complications from a national outcome-tracking database. Annual identification and review of cases, perhaps with standardized database queries in the respective departments, might provide more detailed information about the cascades that lead to unfortunate outcomes.

large European country, with a rate of major complications for healthy patients undergoing elective surgery of about 3 per 100 000 and those identifiable as associated with anaesthesia

### Incidence comparisons

The overall incidence of incidents observed when the CDS database was analysed was 16.2%. Other studies have reported rates of 18–32%, all using similar definitions of inci-

# Analyse des Base de données big data informatique en anesthésie : USA

## 1.18 M patients

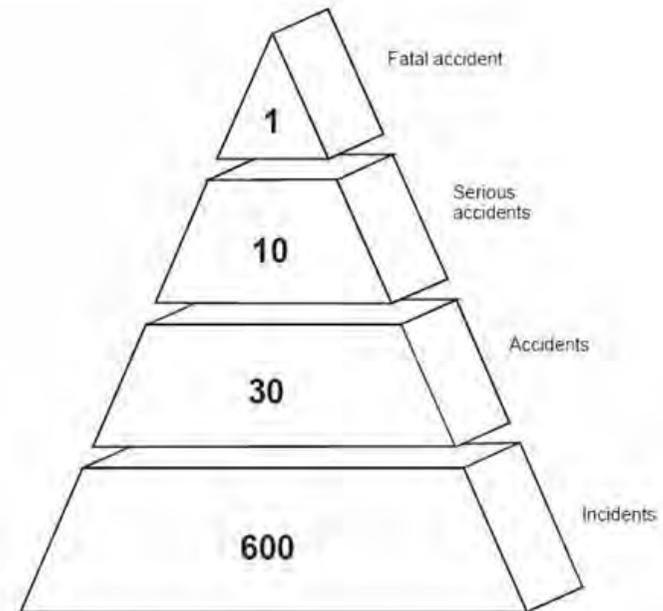
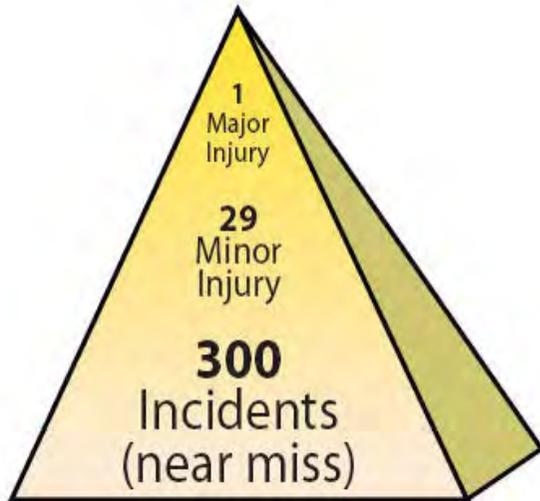
**MORTALITY** 577 0.033

Category	Sub Category	N	%*
<b>MAJOR</b>	Anaphylaxis	127	0.0103
	Awareness	134	0.0097
	CNS Injury	282	0.0183
	Hemodynamic instability	1414	0.0769
	Malignant Hyperthermia	11	0.0015
	<b>Medication Error</b>	<b>29060</b>	<b>2.4622</b>
	Patient Wrong, Site, Fall, Burn	58	0.0053
	Peripheral Nerve Injury	175	0.0151
	Respiratory	2134	0.1176
	Resuscitation	2198	0.263
	Spinal/Epidural/Nerve Block	75	0.0058
	<b>Upgrade of Care</b>	<b>4554</b>	<b>0.2756</b>
	Vascular Access	227	0.0159
	Visual Loss	10	0.004

<b>MINOR</b>	Airway/Intubation	4493	0.286
	<b>any PONV</b>	<b>144141</b>	<b>9.6597</b>
	Blood - Vascular	154	0.0358
	Central Line/IV Problem	196	0.0315
	Dental/Oral/Tooth/Mouth	790	0.0428
	Dural/Wet/Headache	580	0.0373
	Equipment/Monitor	471	0.0537
	Eye/Ocular/Corneal	2291	0.1331
	<b>Hemodynamic instability</b>	<b>53499</b>	<b>3.7004</b>
	<b>Inadequate postoperative pain control</b>	<b>52142</b>	<b>5.8053</b>
	Neuro - any	570	0.0671
	Regional Anesthesia Problem	342	0.0352
	Respiratory - Pulmonary	809	0.0729
	Reversal Narcotics	262	0.065
	Reversal NMBAs	806	0.1288
	Unanticipated upgrade of care	1658	0.1287

# Pyramid of Safety

Anesthesia  
Quality Institute 





# USA Anesthesia Quality Institute (AQI)

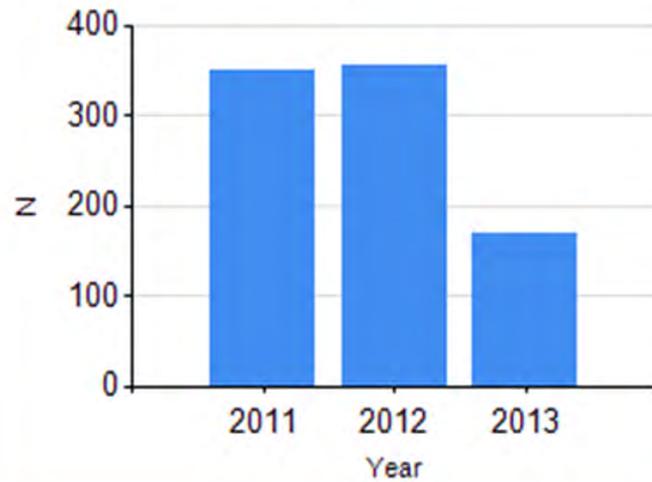
<http://www.aqihq.org/>

---

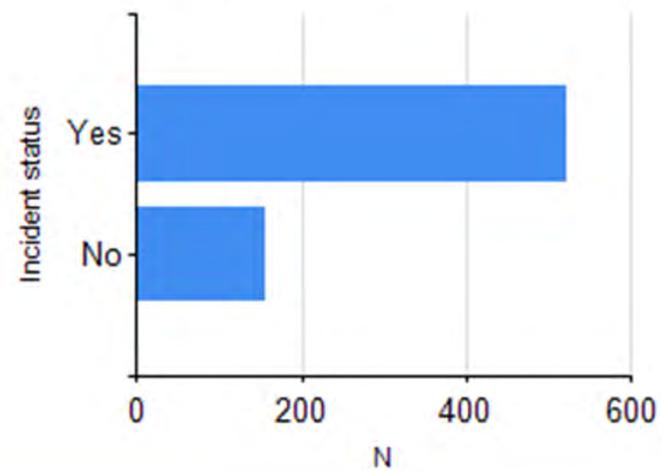
- Patient Safety and Quality Act 2005 création des Patient Safety Organizations (PSO) dépendance HHS et AHRQ (agency for healthcare research and quality) recueil standardisé échelle de dommage
- Réflexion anesthésie 2005 ASA et subcomitee résultats dignes d'intérêt ( outcomes of interest)
- Création en 2008 de L'AQI adhésion PSO 2010
- Développement de l'ASA critical incident reporting system 2008-2009
- Création Meta registre NACOR ( National Anesthesia Clinical outcome registry )  
base de données informatique > 13 millions de cas patients
- AIRS 10-2011 Anesthesia Incident Reporting System (AIRS)  
base de données > 1 millions de cas patients

# A.I.R.S.

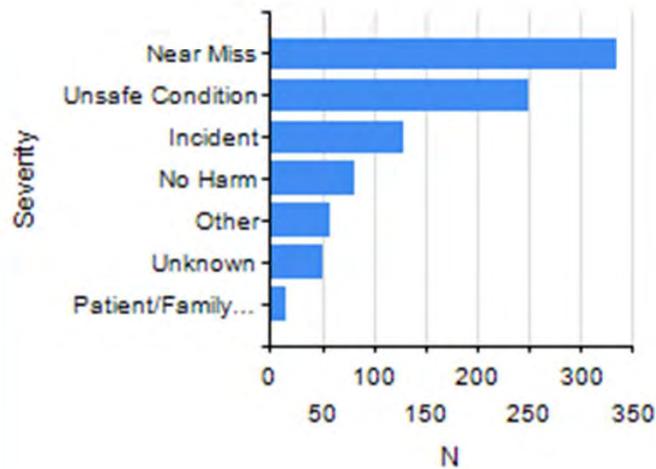
### Incidents over Time



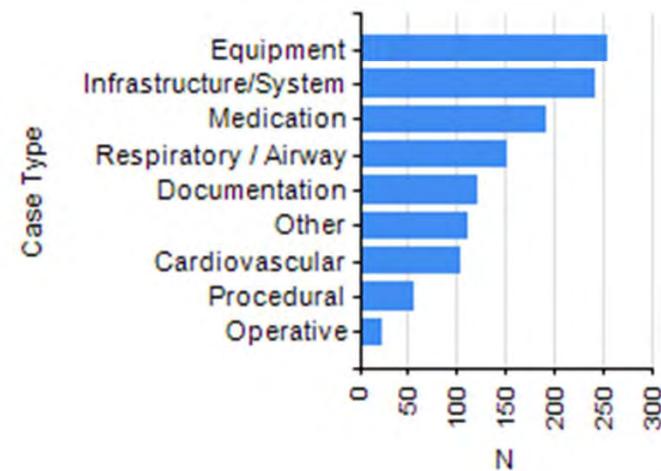
### Preventable?



### Severity of cases



### Types of cases



# Learning' from A.I.R.S

<https://www.asahq.org/For-Members/Publications-and-Research/Periodicals/ASA-Newsletter.aspx>

<https://www.asahq.org/For-Members/Publications-and-Research/Periodicals/ASA-Newsletter.aspx>

## Case Reports



AIRS data is abstracted by a committee of physicians who helped publish the case reports below, which appear each month in the *ASA NEWSLETTER*.

### 2014

(hide)

**Jan:** Power Failure

**Feb:** Win Some, Lose Some

**Mar:** In the Eyes of the Beholder

**Apr:** Alarm Fatigue

**May:** Are You Asleep?

**Jun:** The Bleeding Edge

**Jul:** Consciousness Confusion

**Aug:** Failure to Communicate

**Sep:** To Test or Not to Test

QUALITY AND PATIENT SAFETY

**National critical incident reporting systems relevant to anaesthesia: a European survey**

S. Reed<sup>1</sup>, D. Arnal<sup>2</sup>, O. Frank<sup>3</sup>, J. I. Gomez-Arnau<sup>2</sup>, J. Hansen<sup>4</sup>, O. Lester<sup>5</sup>, K. L. Mikkelsen<sup>4</sup>, T. Rhaïem<sup>6</sup>, P. H. Rosenberg<sup>7</sup>, M. St. Pierre<sup>8</sup>, A. Schleppers<sup>6</sup>, S. Staender<sup>9</sup> and A. F. Smith<sup>1,10\*</sup>

Europe Base informatique Nationale

Danemark 2004

Finlande 2005

Suisse Allemagne 2006,

Royaume-Unis 2008

Espagne 2009

Spécifique pour l'Anesthésie Allemagne Suisse

ET la France .....

# En France

Deux autres éléments mettent en avant la déclaration les déclarations des événements indésirables en anesthésie:

- L'accréditation individuelle
- L'accréditation collective via la Certification des établissements de santé (ES)

IPAQSS TDA rubrique 13  
critère 26 a organisation du bloc

Et un Troisième élément récent

► L'accréditation collective d'équipe médicale JO 31/10/2014

Bienvenue sur la page d'inscription  
du dispositif d'accréditation

## Informations sur l'accréditation des médecins

La Haute Autorité de santé définit et organise la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

L'inscription dans le dispositif d'accréditation est une démarche volontaire. Pour la réaliser il faut réunir les conditions suivantes :

- Être médecin ;
- Exercer au moins une des spécialités ou activités définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 ;
- Exercer cette spécialité dans un établissement de santé.

## INSCRIPTION SUR LE SITE DE L'ACCREDITATION DES MEDECINS

Si vous souhaitez rentrer dans le dispositif d'accréditation, vous devez au préalable vous inscrire afin d'obtenir un identifiant et un mot de passe de connexion.

[Pas encore inscrit](#)

[Déjà inscrit](#)

[Mot de passe oublié ?](#)

## EN SAVOIR +

Pour en savoir plus sur l'organisation du dispositif d'accréditation

[Site Haute Autorité de Santé](#)

[Engagement en 3 étapes](#)

[HOT-LINE au N°Azur 0810.200.360](#)

# Problématiques du CHU de Bordeaux 2012-2014

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandations.

IPAQSS TDA  
Anesthésie 2011 <  
moyenne ES

- 4 Réserves à la certification V 2010 HAS 2011

> 10  
recommandations  
HAS 2011

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles).

7.e (Gestion des déchets).

8.d (Evaluations des risques a priori) ; 8.f (Gestion des événements indésirables).

13.a Soins de longue durée (Prise en charge et droits des patients en fin de vie).

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) ; 14.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Gestion du dossier du patient) ; 14.b Court Séjour (Accès du patient à son dossier) ; 14.b Soins de longue durée (Accès du patient à son dossier) ; 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation (Accès du patient à son dossier).

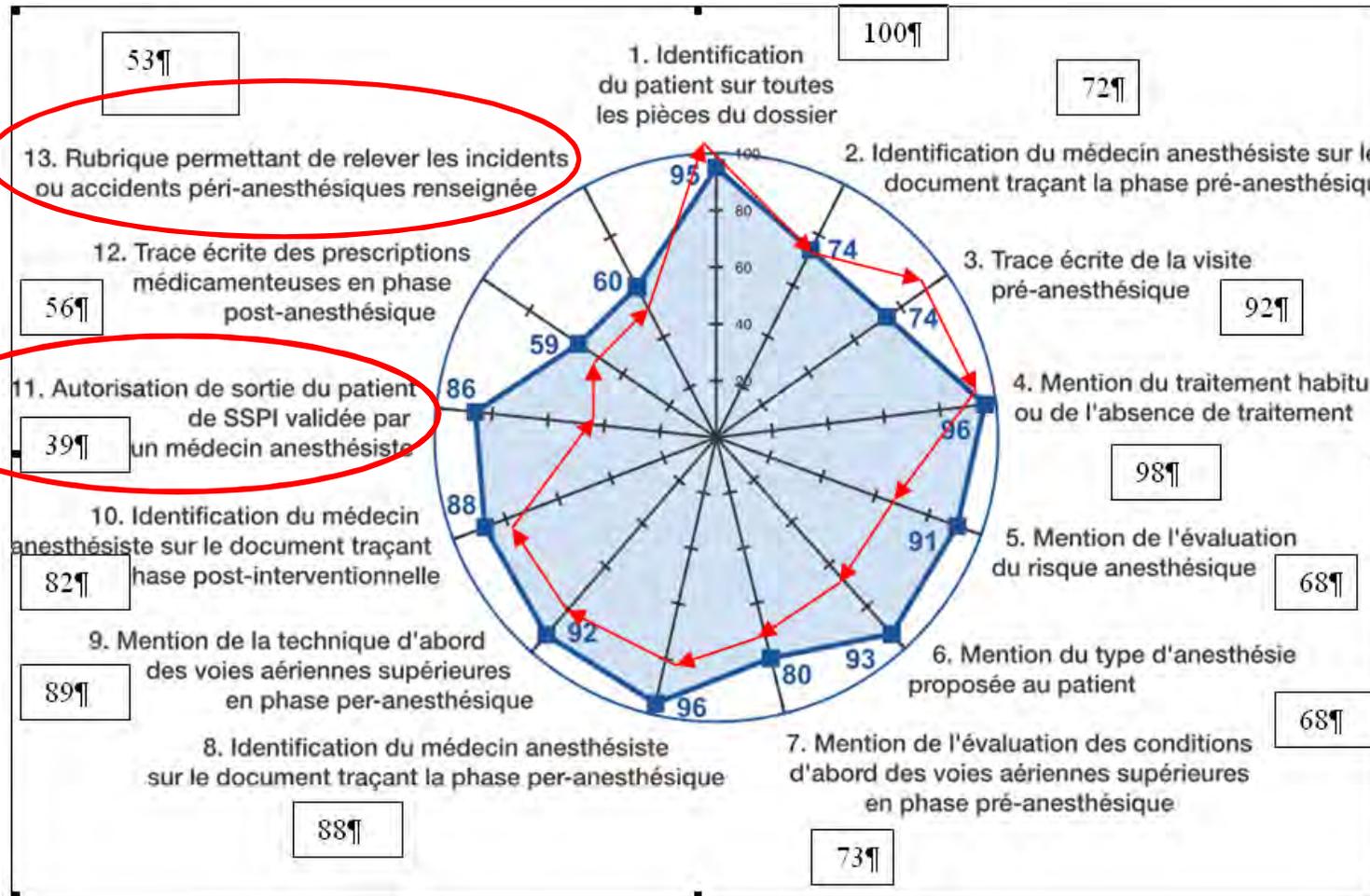
25.a (Prise en charge des urgences et des soins non programmés).

26.a (Organisation du bloc opératoire).

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)) ; 28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique).

## IPAQSS TDA 2011:

score qualité 13 critères 0-100 intégré certification critère 26 a organisation du BO



		Valeur Ets 2011	Valeur Ets 2014	Valeur Region 2014	Valeur Nationale 2014	Evolution Ets 2011 / 2014
<b>Tenue du dossier d'anesthésie</b>		78 [72 - 79]	80 [76 - 84]	87	85	→
<b>TDA 1</b>	Identification du patient sur toutes les pièces du dossier	100	100	97	97	→
<b>TDA 2</b>	Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique	72	82	81	76	↗
<b>TDA 3</b>	Trace écrite de la visite pré-anesthésique	88	83	80	76	↗
<b>TDA 4</b>	Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement	96	93	97	96	↘
<b>TDA 5</b>	Mention de l'évaluation du risque anesthésique	68	90	96	93	↗
<b>TDA 6</b>	Mention du type d'anesthésie proposée au patient	68	77	96	94	↗
<b>TDA 7</b>	Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique	73	75	90	84	↗
<b>TDA 8</b>	Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique	96	93	97	90	↗
<b>TDA 9</b>	Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique	88	90	90	91	↗
<b>TDA 10</b>	Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle	88	90	90	90	↗
<b>TDA 11</b>	Autorisation de sortie du patient de SSPI validée par un médecin anesthésique	87	48	92	88	↗
<b>TDA 12</b>	Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique	64	76	68	64	↗
<b>TDA 13</b>	Rubrique permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques renseignée	81	28	69	67	↘



## Programme Global d'Optimisation des Blocs Opératoires (PGOB) 04-2012

---

Un projet institutionnel visant à améliorer le fonctionnement des blocs opératoires intitulé PGOB a été mis en œuvre par la DQGR suite à la visite de certification (4 sous groupes).

- Analyse à priori des risques associés aux soins
- Signalement et analyse des EI au bloc opératoire
- Mise en œuvre de la check-list et organisation du bloc opératoire
- Evaluation des pratiques professionnelles (prévention des oublis de corps étrangers et prévention des erreurs de côté)

# Construction du SREIA 1

---

- **Le principe d'une obligation de déclaration des « EIG liés à des soins Cadre législatif croissant Loi PHST 2009/ décret 2010 lutte contre les EI**
- **Inscription dans la démarche qualité informatique institutionnelle DQGR/ DSI / DG projet d'établissement**
- **Démarche institutionnelle Programme global d'optimisation des blocs en lien avec la certification CHU novembre 2012 V2011**
  - Réponse à court Terme pour Reserve HAS sur l'organisation des blocs
  - Réponse moyen terme contrat performance signé avec ANAP efficience des blocs ,
  - Dispositif pérenne amélioration continue et sécurité bloc
- **4 groupes de travail (05-2012) dont le **groupe sécurité au bloc Dr Roger** décliné en 4 sous groupes : analyse à priori des risques/ EI / EPP /check-list**



# Construction du SREIA 2

---

- Kaliweb par le CHU 2012 signalement des EI ,vigilances : non paramétré pour l'anesthésie , non rattachable au dossier patient , Rattaché au déclarant
- Sous Dxcare: rattaché au patient permet requête BO
- Souligné OMS 2005 + ENEIS 2009: **sécurisé, anonyme, non punitif, simple, acceptable ,réactif ,représentatif ,rapide, exhaustif , cout faible**
- Résoudre les problèmes interface architecture et ergonomie **Questionnaire à droits larges sous session paramédical :Esprit législatif + validé par le GQPAR en 02-2013 et PAR 06-2013**
- l'absence d'événements incidents devait être notifié en moins de 15 secondes, ► indicateur théorique IPAQSS R 13 > 95%



# Construction du questionnaire 3 et requêtes informatiques 2012-2014

---

- ▶ les EIG généraux et sentinelles spécifique SFAR
- ▶ les EPR = EING
- ▶ les « presque accidents » ou near - misses et conditions dangereuses
- ▶ les 8 situations à risque en anesthésie HAS-CFAR
- ▶ **Aucun modèle en France** :recherches exhaustives 2 modèles informatiques: Américain Anesthesia Quality Institute 2008 (AQI) AIRS 11-2011USA (v1 07-2012) <https://www.aqihq.org/airs/airsIntro.aspx> et Suisse <http://www.medana.unibas.ch/cirs/>
- ▶ Quantification gravité et dommages Echelle HAS et AHRQ Agency for Healthcare research quality
- ▶ La dernière déclaration SREIA est rapatriée sur le questionnaire consultation anesthésie ultérieure
- ▶ création d'un onglet SREIA dxcare dans la vue « anesthésie » 2014
- ▶ **SREIA guichet unique de déclaration des EI pour l'anesthésie** Règles de transmission directe vers les autres vigilances institutionnelles 07-11-2014 (Dr cahoreau Dr Bissonnier)



# EIG généraux et spécifique (SFAR ) à déclaration obligatoire DQGR

---

## ○ Généraux

- Dc inattendu perte permanente d'une fonction **ne résultant ni de l'évolution d'une maladie ni du terrain**
- Hospitalisation en réa et/ou ré-intervention non programmée au décours d'un acte thérapeutique
- Erreur coté erreur patient
- CE motivant une reintervention
- suicide

## ○ Spécifique

- Hyperthermie maligne
- Choc allergique classe 4
- Paraplégie après APD
- Événement avant incision chirurgie programmée ASA1-2 avec dc ou coma
- Dc par hémorragie en chir réglée sujet jeune



## SYSTEME DE RAPPORT DES EVENEMENTS INCIDENTS EN ANESTHESIE

Le Système de Recueil des Evénements Indésirables en Anesthésie (SREIA) est porté par le Pole d'Anesthésie Réanimation (PAR) et répond aux obligations législatives et réglementaires (certification des Etablissements de Santé, indicateur qualité du dossier d'anesthésie).

Il reprend les paramètres du recueil de morbi/mortalité de l'anesthésie vigilance mise en place sur le CHU dès 2000 et s'inspire des systèmes en vigueur "aux USA et en Suisse".

Il est ouvert à tous (IDE, IADE, Cadre de Santé, Interne en Anesthésie, Chef de clinique et Praticien Hospitalier en Anesthésie)

L'exploitation des informations saisies dans le SREIA se fait de façon sécurisée, confidentielle et anonyme, via des requêtes réalisées par la Direction du Système d'Information (DSI). Les résultats agrégés seront communiqués au groupe qualité du PAR, aux responsables d'unités médicales et chefs de services pour rétro information auprès des professionnels.

Le SREIA permet le recueil de l'ensemble des événements indésirables survenu en péri anesthésie : les conditions dangereuses de prise en charge des patients, les presque-accidents, les événements indésirables graves (EIG) généraux et spécifiques de notre discipline (SFAR) (définitions dans onglet aide).

Seuls les indésirables graves seront transmis de façon électronique et automatique à la Direction Gestion Qualité Risque (DGQR) pour mettre en oeuvre une analyse approfondie avec les professionnels.

Le SREIA ne se substitue pas aux signalements de vigilances spécifiques (matéριο-vigilance, hémo-vigilance etc.) qui doivent être maintenus ainsi que la déclaration des bris dentaires à adresser au Service Juridique.

Date de déclaration

Déclarant

Effet indésirable

Oui  Non

**Composition de l'équipe d'anesthésie**

Intervenant direct

Intervenant responsable

Autre intervenant

**Patient**

Status ASA et urgence

**Evénement indésirable**

Date

Horaire

**Anesthésie**

Anesthésie

**Lieux géographique**

Type de bloc

Site géographique

Lieu

Spécialité

**Classification de l'effet indésirable**

1 Catégorie

Sous catégorie 1

Précision sous catégorie 1

2 Catégorie

Sous catégorie 2

Précision sous catégorie 2

3 Catégorie

Sous catégorie 3

Précision sous catégorie 3

4 Catégorie

Sous catégorie 4

Précision sous catégorie 4

### Précision supplémentaire EI/EPR

### Evaluation conséquence pour le patient au moment de l'évaluation

#### Classifier l'événement incident lors de l'évaluation/déclaration

- Ne sait pas
- Aucune, pas d'atteinte patient, retard +/- désorganisation
- Aucune, pas d'atteinte patient mais condition dangereuse
- Aucune, pas d'atteinte patient mais presque accident
- Patient atteint mais sans préjudice ou préjudice mineur
- Patient atteint avec nécessité d'un traitement supplémentaire
- Patient atteint avec un dommage temporaire
- Patient atteint avec un dommage potentiel permanent
- Ré-intervention non programmée
- Hospitalisation imprévue en soins continus ou réanimation
- Décès inattendu

#### Compléments d'information

Aucune pas d'atteinte patient, retard +/- désorganisation programmation

Patient atteint mais sans préjudice ou préjudice mineur = détresse émotionnelle, anxiété, inconfort physique, douleur

Patient atteint avec nécessité d'un traitement supplémentaire = médicaments, biologie, radiologie, surveillance, prolongation de SSPI

#### Selon vous l'événement et/ou incident était

- Évitable
- Probablement évitable
- Inévitable
- Ne sait pas

#### Validation médicale

### La question optionnelle suivante a le but d'améliorer le SREIA

#### Le système est-il d'une utilisation aisée

- Oui  Non

**Date** **Classification finale rétrospective**

- Aucune, pas d'atteinte patient mais condition dangereuse
- Aucune, pas d'atteinte patient mais presque accident
- Patient atteint mais sans préjudice ou préjudice mineur
- Patient atteint avec nécessité d'un traitement supplémentaire
- Patient atteint avec un dommage temporaire
- Patient atteint avec un dommage potentiel permanent
- Hospitalisation imprévue en soins continu ou réanimation
- Morbidité majeure avec perte temporaire d'une fonction
- Morbidité majeure avec perte permanente d'une fonction
- Décès inattendu

**Cotation gravité**

- G1 mineure
- G2 significative
- G3 majeure
- G4 critique
- G5 catastrophique

**Validation médicale**  

Exemple : La non réalisation de la check-list au bloc opératoire, non disponibilité des bilans biologiques

Presqu'accident : situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter. L'événement a eu lieu mais n'a pas eu de conséquence pour le patient.  
Exemple : La préparation du patient avant l'intervention est effectuée du mauvais côté. La vérification du côté à opérer lors de la réalisation de la check-list au bloc opératoire a permis d'éviter l'erreur.

Événement indésirable grave associé aux soins (EIG) : tout événement préjudiciable pour le patient, survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement et présentant un critère de gravité (décès inattendu, mise en jeu du pronostic vital, ré-intervention, hospitalisation en réanimation, prolongation d'hospitalisation, incapacité)

EIG généraux

- Décès inattendu ou perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient
- Hospitalisation en réanimation
- Ré-intervention non programmée
- Erreur de patient ou erreur de côté pour tout type d'acte et dans toute discipline
- Corps étranger motivant une ré-intervention
- Suicide de tout individu recevant de soins dans un établissement de santé

EIG spécifiques (SFAR)

- Hyperthermie maligne
- Choc allergique (classe IV) aux médicaments de l'anesthésie
- Paraplégie après anesthésie péridurale
- Événement survenu avant incision en chirurgie programmée chez des patients ASA I ou II entraînant un décès ou un coma
- Décès par hémorragie au cours de la chirurgie électorale chez des sujets jeunes

Pour un patient de 1 à 4 événements / incidents peuvent être notifiés, en terme de conséquence dommage patient c'est l'événement le plus grave qui sera à coter :

Exemple: le Dr x et Mme y médecin et infirmière anesthésiste sont appelés en renfort sur le plateau technique z .

L'environnement de ce plateau technique leur est inconnu, l'équipement et les procédures non familiers = conditions dangereuses

Les bases d'AIVOC leur sont non familières la préparation du médicament et la programmation sont sources d'erreur que l'équipe réalise avant de lancer l'induction = presque accident.

Ils reprogramment correctement la base et font l'induction

Un bris dentaire survient lors de l'intubation = dommage temporaire

Lors de l'intervention survient un incident imposant le transfert du patient en réanimation = hospitalisation imprévue en réanimation

Cotation finale unique = hospitalisation imprévue en réanimation

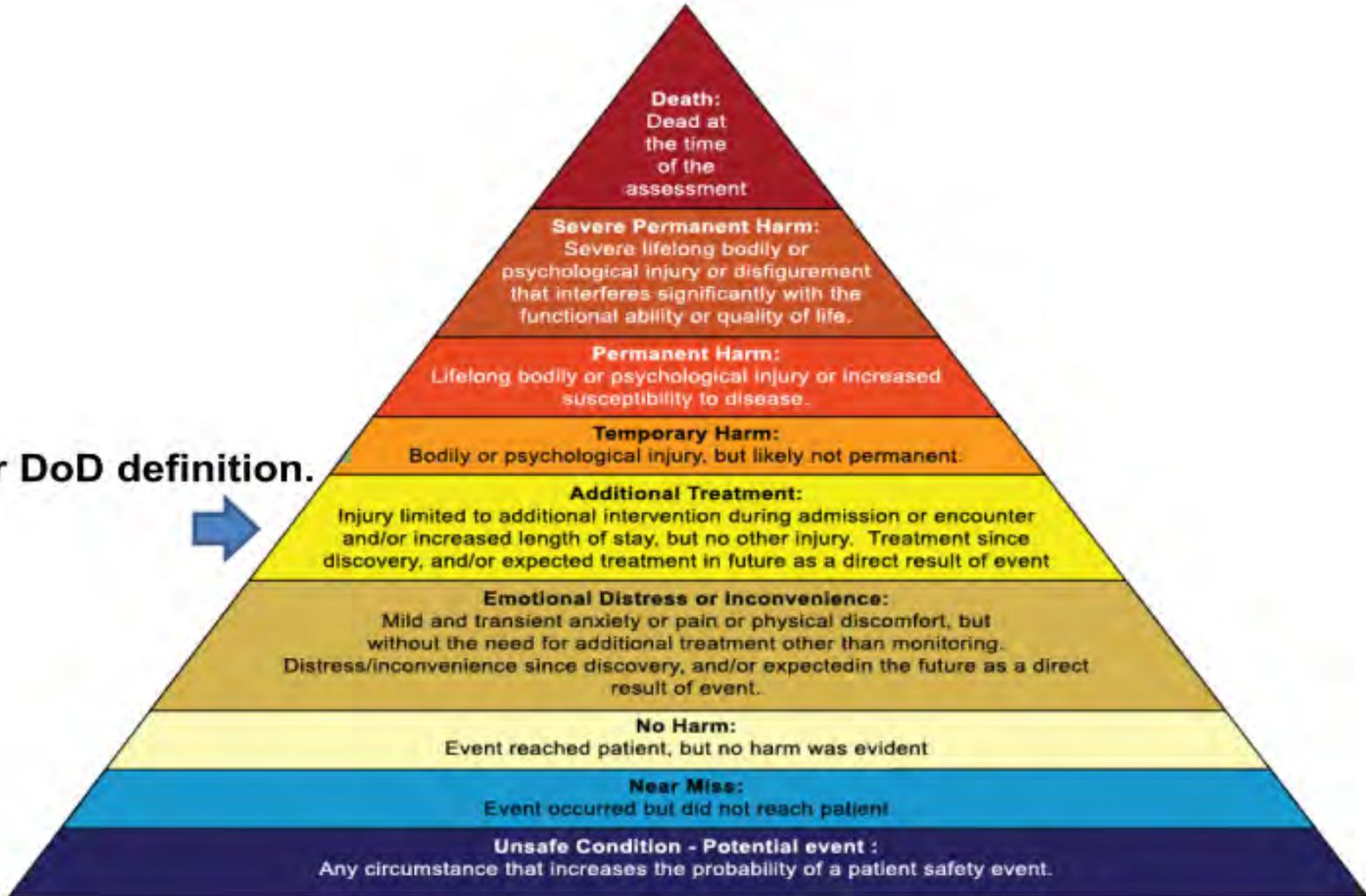
La cotation définitive sera faite à distance par le Comité de retour d'expérience intéressé et la direction qualité gestion de risque

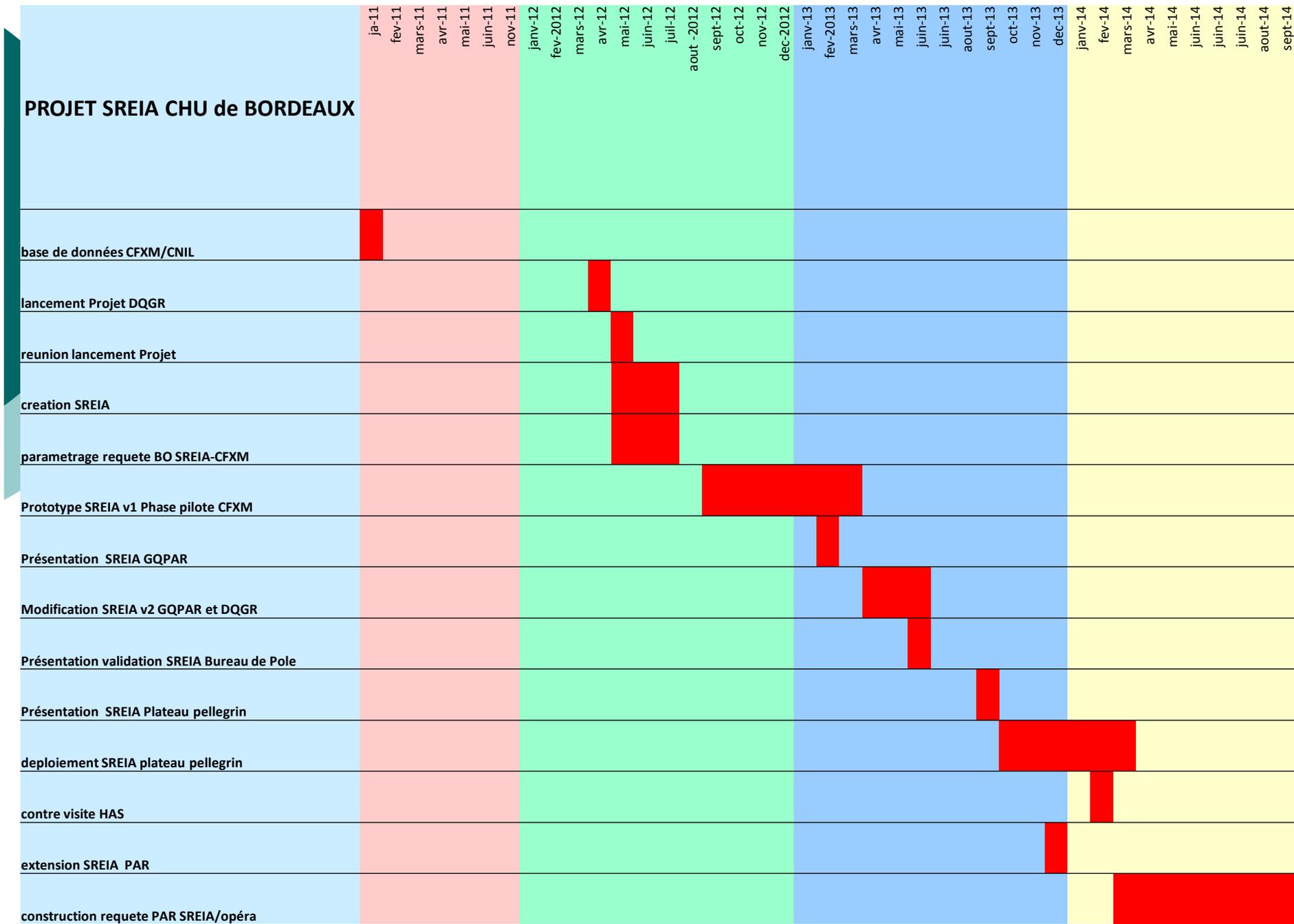
Classe	Impact sur la sécurité des patients	Impact sur organisation (prise en charge, service, établissement)	Impact sur la santé des professionnels	Impact sur les biens matériels et environnement	Impact juridique et sur l'image
G1 Mineure	Aucun impact patient mais risque potentiel	Mission réalisée mais : - Perte de temps dans la réalisation, - Indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiate disponible	Aucun impact sur les professionnels mais risque potentiel	Perte financière faible à nulle < 100 €	- Pas de réclamation ou réclamation orale sans suite - Bruit de couloir
G2 Significative	Patient exposé à des conditions dangereuses: - Sans préjudice immédiat - Préjudice léger (détresse émotionnelle, anxiété, inconfort physique, douleur...)	Mission réalisée mais : - Mise en place d'une solution dégradée, - Avec retard (< 2 heures)	Impact mais sans arrêt de travail	Perte financière modérée : entre 100 et 1000 €	- Réclamation écrite - Bruit de couloir relayé à l'extérieur
G3 Majeure	- Patient atteint avec nécessité d'un traitement supplémentaire (médicaments, biologie, radiologie, prolongation de SSPI) - Dommage temporaire (bris dentaire, hématome, fracture, compression nerveuse...) - Morbidité majeure avec perte temporaire d'une fonction - Hospitalisation en soins continus ou réanimation - Prolongation d'hospitalisation	- Mission partiellement réalisée, - Indisponibilité de ressources entraînant un retard important entre 2 et 24 heures	Impact avec arrêt de travail ≤ 8 jours	Perte financière majeure entre 1000 et 10 000 €	- Plainte officielle (direction du CHU, ARS)
G4 Critique	Patient atteint : - Intervention ou ré intervention non programmée - Préjudice avec retentissement sur la vie quotidienne - Mise en jeu du pronostic vital	- Mission non réalisée - Indisponibilité de ressources entraînant un retard important (> 24 heures)	- Impact avec arrêt de travail > 8 jours - Incapacité partielle permanente - Maladie professionnelle	Perte financière critique entre 10 000 et 100 000 €	- Contentieux assurantiel - Médiatisation locale
G5 Catastrophique	- Morbidité majeure avec perte permanente - Décès inattendu	Arrêt d'activité d'un service, d'un bloc ...	- Mise en jeu du pronostic vital - Décès	Perte financière > 100 000 euros	Contentieux juridique Médiatisation nationale

# Harm Scale AHRQ V1.1

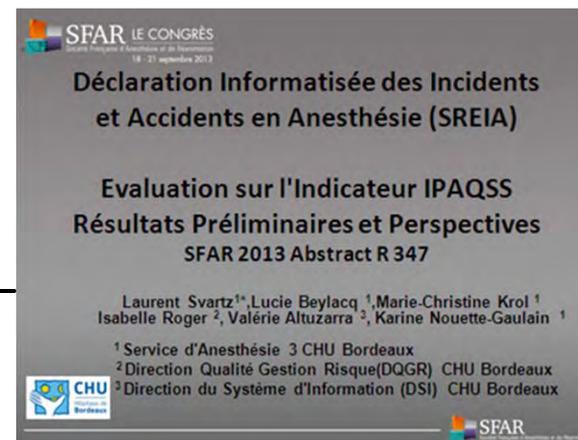
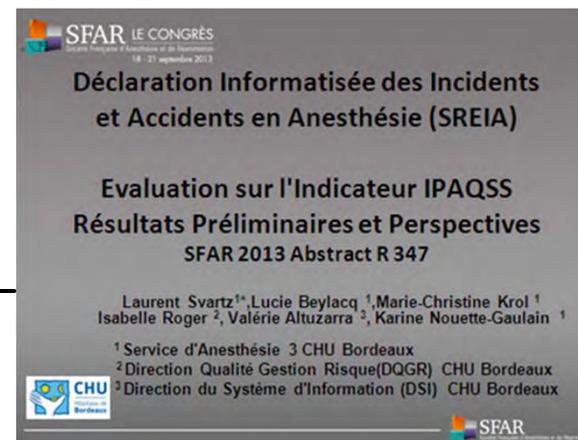
[https://www.uhc.edu/docs/49017415\\_HarmScaleReliabilityPosterHandout.pdf](https://www.uhc.edu/docs/49017415_HarmScaleReliabilityPosterHandout.pdf)2012

PCE per DoD definition.





# Résultats



IPAQSS critère 13 dépassant rapidement l'objectif performance (85%)

- L'incidentologie a concerné 6% des patients inclus (77/1236)

Ont été notifiés :

- 4 EIG (1 ré-hospitalisation en réanimation, 1 erreur de coté, 1 ré-intervention non programmée au décours d'un acte technique, 1 erreur patient)

- 6 EI avec dommage temporaire,

- 6 EI médicamenteux,

- 57 EPR dont:

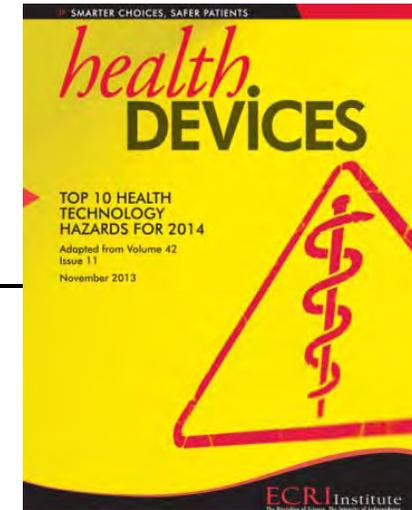
**25 évènements médicamenteux**, liés ou non à l'utilisation des dispositifs médicaux (erreur de dose avec surdosage, erreur de médicament: avec échange de seringue, médicament donné par erreur, médicament non étiqueté, mauvaise ampoule/ flacon, mauvaise sélection de protocole AIVOC, erreur d'utilisation AIVOC)

**15 évènements liés à la difficulté du contrôle des voies aériennes supérieures** (intubation difficile)

**30 conditions dangereuses** :structure, organisation, communication, processus, informatique.

**EVITABLE > 60%**

# Retour d'expérience 1 médicament



## ▶ Les Erreurs médicamenteuses en anesthésie sont connues:

- Référentiel SFAR 2006
- Communication HAS 2012

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1296129/l-administration-du-medicament-en-anesthesie-reanimation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1296129/l-administration-du-medicament-en-anesthesie-reanimation)

Communiqué de presse HAS 23-01-2013

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1354269/fr/securite-des-patients-erreurs-medicales-6-ans-apres-sa-mise-en-place-l-accreditation-premier-dispositif-francais-d-analyse-des-evenements-indesirables-monte-en-puissance](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1354269/fr/securite-des-patients-erreurs-medicales-6-ans-apres-sa-mise-en-place-l-accreditation-premier-dispositif-francais-d-analyse-des-evenements-indesirables-monte-en-puissance)

- Erreurs médicamenteuses situation à risques SFAR-CFAR annexe CP

## ▶ Les erreurs Médicamenteuses liées à l'usage des dispositifs aussi

Ecri Institute 2014 Top 10 Health Technology hazards PSE

[https://www.ecri.org/Forms/Documents/2014\\_Top\\_10\\_Hazards\\_Executive\\_Brief.pdf](https://www.ecri.org/Forms/Documents/2014_Top_10_Hazards_Executive_Brief.pdf)

*British Journal of Anaesthesia* 105 (1): 76-82 (2010)  
Advance Access publication 27 May 2010 · doi:10.1093/bja/oeq131

BJA

## Drug errors: consequences, mechanisms, and avoidance

R. J. Glavin\*

# Conséquence



## Asena® PK Data Set Report



Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales Med 56	Version 1
--	--------------------------------	-----------

### Procédure de reconstitution des médicaments utilisés en anesthésie au CHLS (adultes)

**Rédaction** : M. KHALED, V. BOUCHE

**Validation** : V. PIRIOU, R. GIRARD, C. STAMM

**Date** : le 20/02/2007

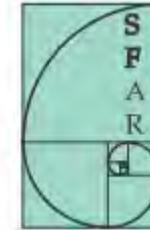
**Groupe de travail** : V. BOUCHE, M. KHALED, V. PIRIOU, C. STAMM

## NOTICE D'UTILISATION Station de Perfusion

rechestra®  
Base Primea



# Retour d'expérience 2 intubation difficile



Intubation difficile

Conférence d'experts

## Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists  
Task Force on Management of the Difficult Airway*

Texte court

2006

Anesthesiology, V 118 • No 2

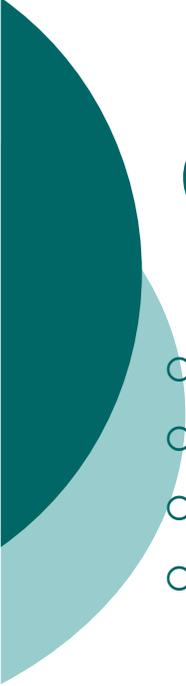
251

February 2013



- RU NAP 2011
- 3 complications majeures hebdomadaires de prise en charge des VAS
- mauvaise évaluation
- absence d'algorithme





# Conséquences 2

---

- Certificat intubation difficile Dxcare 2013 : information
- Algorithme intubation difficile 2014 CFXM et CHU Bordeaux
- Algorithme extubation difficile CFXM et CHU Bordeaux
- Apprentissage des techniques vidéo-laryngoscopie MAR interne IADE

Objet : difficultés de prise en charge des voies aériennes en per-opératoire

Madame Monsieur

Une anesthésie générale a été pratiquée le (Date intervention) / / dans notre établissement

— L'intervention nécessitait un contrôle des de vos voies aériennes par une intubation trachéale qui s'est avérée difficile. —

L'évaluation préopératoire réalisée lors de la consultation d'anesthésie retrouvait :

- |  |                                   |                                  |   |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| - Poids                                | taille                            | BMI : indice de masse corporelle |   |
| - Distance Thyro-Mentonnière           | <input type="checkbox"/> < 60 mm  | <input type="checkbox"/> > 60 mm |   |
| - Mallampati classe                    | <input type="checkbox"/> 1        | <input type="checkbox"/> 2       | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| - Ouverture buccale                    | <input type="checkbox"/> ≥ 35 mm  | <input type="checkbox"/> = 35 mm | <input type="checkbox"/> < 35 mm                      |
| - Angle de flexion extension cervicale | <input type="checkbox"/> > 90 °   | <input type="checkbox"/> = 90 °  | <input type="checkbox"/> < 90 °                       |
| - Luxation mandibulaire                | <input type="checkbox"/> possible | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> impossible                   |
| - morsure de lèvre                     | <input type="checkbox"/> possible | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> impossible                   |

- particularité de l'état dentaire :

- |                                    |                                 |                                    |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| - la ventilation au masque a été : | <input type="checkbox"/> facile | <input type="checkbox"/> difficile | <input type="checkbox"/> impossible |
| (Taille de masque )                |                                 |                                    |                                     |
| - utilisation d'un protège dents   | <input type="checkbox"/> oui    | <input type="checkbox"/> non       |                                     |

- |   |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| - La laryngoscopie retrouve un grade de Cormack | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Lame n°   |                            | métal UU                   |                            | plastique UU               |

- L'intubation

Taille de sonde

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A pu être réalisée grâce à :                       |   |
| <input type="checkbox"/> N'a pas pu être réalisée malgré l'utilisation de : |   |
| <input type="checkbox"/> airtrach   |   |
| <input type="checkbox"/> fastrack   |   |
| <input type="checkbox"/> mandrin souple Eschmann                            |   |
| <input type="checkbox"/> fibroscopie  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>video-laryngoscope</b>                          |   |
| - Curarisation nécessaire   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |



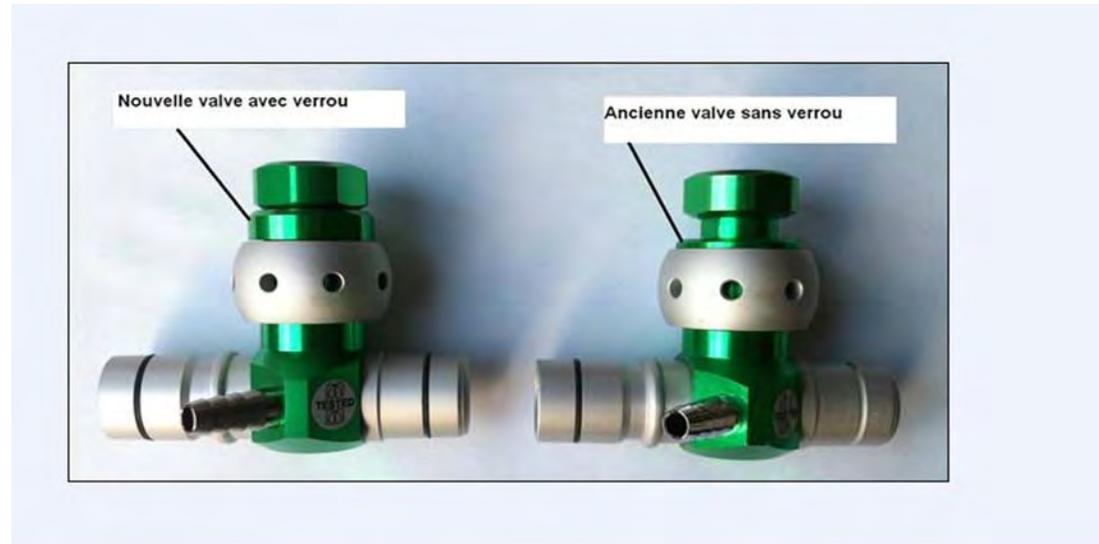
Unité de Matériorvigilance du CHU de Bordeaux  
Nos Réf. : AA2013/0827

**INFORMATION/RETRAIT Niveau 4**

Valves de surpression type Waters

Références : 8686819 et 8686820

Société INTERSURGICAL



# PANORAMA DES RISQUES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

Édition 2013

## Bris dentaire

86

86 déclarations de bris dentaires ont été adressées

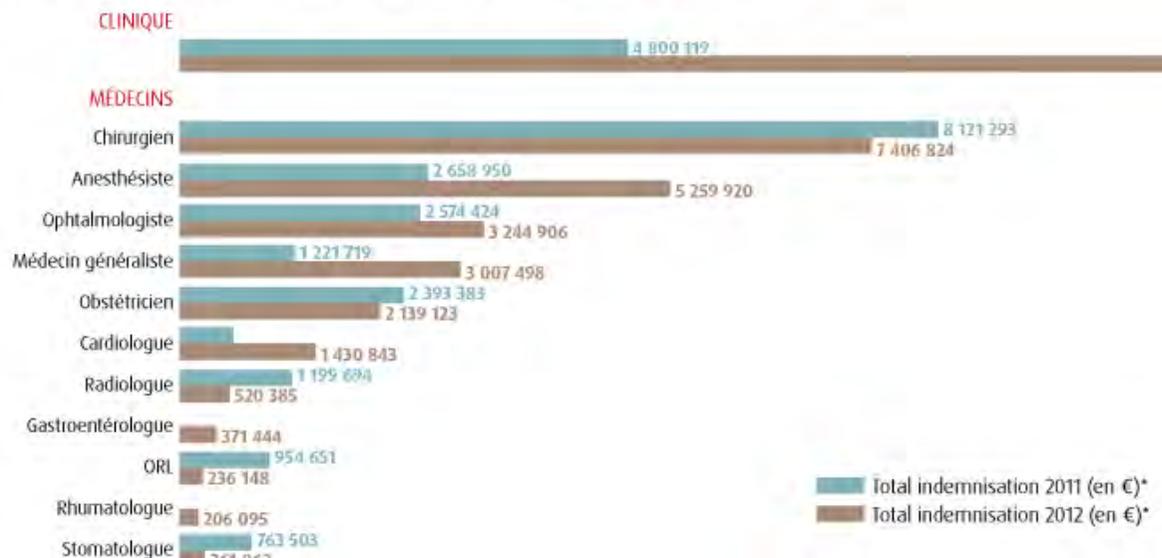
Les **4772** sociétaires anesthésistes réanimateurs de la MACSF ont adressé **242 déclarations** (229 en exercice libéral, 1 en activité privée du secteur public et 12 en exercice salarié), soit une **sinistralité de 21,8 % en activité libérale** (contre 19 % en 2011) : 17 plaintes pénales, 34 procédures civiles, 4 plaintes ordinaires, 108 réclamations et 79 saisines d'une CCI.

### LES 10 SPÉCIALITÉS MÉDICALES LES PLUS SOUVENT MISES EN CAUSE



1. Chirurgie cardio-thoracique, chirurgie esthétique, chirurgie générale, chirurgie viscérale, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique...

### COMPARAISON DU COÛT PAR SPÉCIALITÉ OU ACTIVITÉ 2011-2012





## Conclusion SREIA :

« Nous devons apprendre de nos erreurs ou être condamnés à les répéter».

---

A terme cet outil novateur va permettre au Pôle d'Anesthésie du CHU de Bordeaux :

- ▶ de répondre à la certification des ES v 2014 HAS
- ▶ de constituer une base de données enrichie annuellement des 60000 anesthésies
- ▶ Via les requêtes informatiques opéra-dxcare de fournir plateau par plateau l'incidence des EI, leur répartition, permettant aux professionnels d'analyser et de proposer des mesures correctrices à apporter, via la mise en place de comité de retour d'expérience (CREX)
- ▶ **est le seul canal déclaratif des EI en anesthésie totalement intégré aux vigilances institutionnelle permet une meilleure coordination et suivit**
- ▶ Via un possible accès portail CHU une newsletter mensuelle avec cas clinique à but éducationnel.
- ▶ à terme un modèle national .

		EPP / DPC - Fiche pratique N°1	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> Gestion des risques</li> <li><input type="radio"/> Revue de dossier et analyse de cas</li> <li><input type="radio"/> Indicateurs</li> <li><input type="radio"/> Analyse des parcours de soins</li> </ul>
Juin 2013	<b>Comité de Retour d'expérience (CREX)</b>		
<p>Cette fiche pratique décrit les modalités de mise en œuvre d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) dans le cadre d'un programme d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) ou d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC).</p>			
<h3 style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 5px;">Qu'est-ce qu'un CREX ?</h3>			
<p>Un CREX est une instance de décision interne à un service, composée d'une dizaine de professionnels représentatifs de chaque corps de métier constitutif du service (ex : médecins, IDE, AS, manipulateur radio, pharmacien, physicien médical, sage-femme, auxiliaire de puériculture, cadre de santé, secrétaire, ASH, ...).</p> <p>Il se réunit à périodicité définie, avec pour mission de piloter la collecte d'événements précurseurs*, l'analyse systémique** de ces événements, la mise en place et le suivi d'actions correctives pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.</p> <p>Le Comité sélectionne les événements précurseurs qui feront l'objet, hors réunion, d'une analyse de causes par un binôme d'analystes formé et choisi pour les événements concernés (un binôme effectue l'analyse d'un seul événement). En réunion suivante, le comité choisit une ou deux action(s) corrective(s) parmi celles proposées par chaque binôme.</p> <p>Cette démarche n'est pas adaptée pour les événements indésirables graves.</p> <p>* <i>Evènement précurseur</i> : Ecart ou anomalie qui pourrait être générateur d'incident voire à terme d'accident grave (ex : retard d'examen sans conséquence, défaut de préparation de l'opéré...)</p> <p>** <i>Analyse systémique</i> : analyse globale, non centrée sur l'individu, qui prend en compte tous les éléments en interaction (organisationnels, techniques et humains) ayant contribué à la prise en charge d'un patient. Elle permet de tirer des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes pour mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</p>			

# Le mot de la fin....

-La dernière décennie a donc été caractérisée par le développement d'outils et de pratiques qui a pris naissance dans d'autres domaines à haut risque tels que l'aviation

-les systèmes incident reporting et les principes de communication provenant de l'habitacle ont été adaptés au lieu de travail de l'anesthésiste, et la formation par simulation a été introduit dans l'enseignement post-universitaire

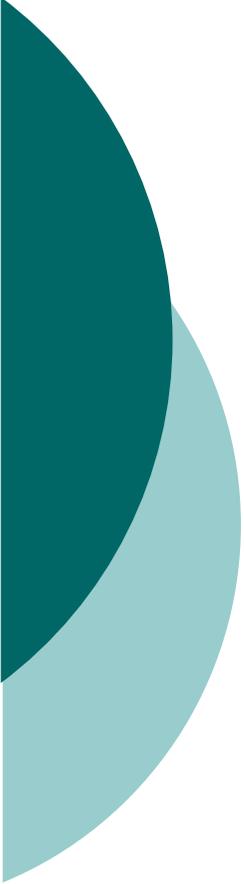
Cependant, il serait tout à fait tort de s'appuyer sur des stratégies simples telles que l'introduction d'un système d'incident de rapports, par exemple, ou en utilisant des listes de contrôle dans la pratique clinique quotidienne.

La gestion des risques en anesthésiologie est une question complexe;

Elle exige toujours une **approche globale**, à multiples facettes.

Cela signifie un **changement de culture ,de comportement , dans la façon dont nous abordons les problèmes** - le déplacement de la réflexion à l'adoption du principe de la sécurité du système unique lien de causalité.

**Dutton RP** Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 25 (2011) ix–x Preface Patient safety in anesthesiology



# SIMULATION sur Patient TEST

---

Nom: TEST

Prénom : DXCARE

ou

Nom: TESTLOGICIEL

Prénom : DEPLOIEMENT