

Évènement indésirable grave en obstétrique:

Recueil, analyse, mesures correctrices

Bruno Carbonne,

Unité d'Obstétrique, Hôpital Trousseau
Paris

Merci à :

Véronique Lejeune,

Gynerisq

Jacques Weissenburger,

Gestion des risques HUEP

Agnès Simon

Sage-Femme coordinatrice, Gestion des risques HUEP

Pas de conflits d'intérêts à déclarer

Changement de culture

- Culture du blâme

- Accident = erreur humaine
- Rechercher des responsables
- Qui a fait la faute ?

- Gestion des risques

- Accident : rechercher collectivement les causes
 - Causes humaines
 - Causes matérielles
 - Causes organisationnelles...
- Regard critique sur la prise en charge
- Rechercher le caractère évitable de l'événement
- Mettre en place des mesures d'amélioration

Analyse des événements graves

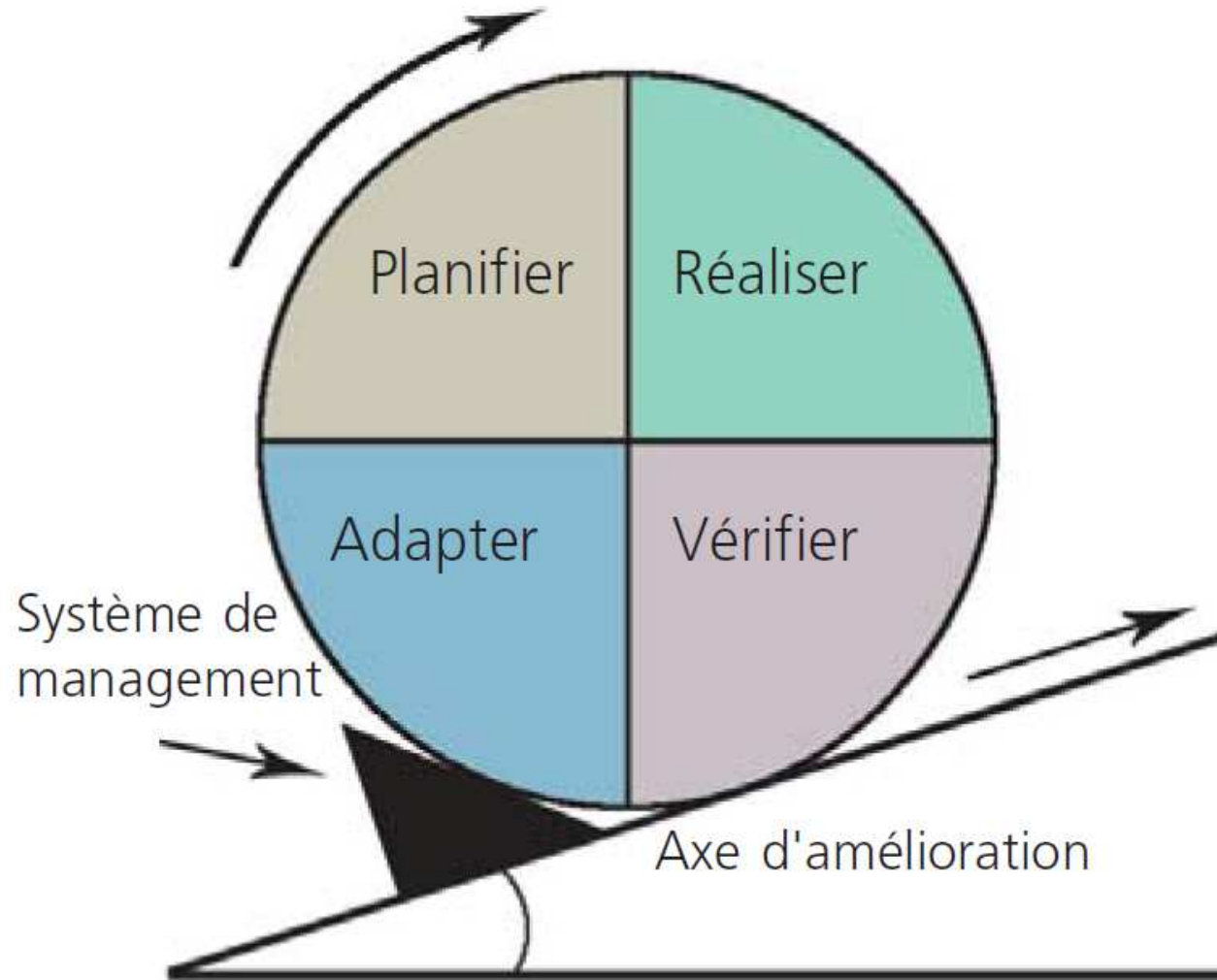
- Aéronautique: BEA (bureau d'Enquêtes et d'Analyses)



- Tout est décortiqué, analysé
 - Facteurs humains
 - Facteurs matériels
 - Contrôles de qualité
 - Formation aux situations exceptionnelles
 - Ex: crash du vol Rio-Paris AF447
- Tout doit être analysé:
 - Les accidents
 - Les situations à risque

Objectif

La roue de Deming



« **cercle vertueux** »

Différents contextes

- *Analyse a priori*
 - Identifier la situation à risque
 - Anticiper des mesures de prévention
 - Éviter que le risque ne se produise
- *Analyse a posteriori*
 - L'accident ou l'EIG ou un EPR s'est produit
 - Quelles circonstances y ont conduit ?
 - Causes humaines
 - Causes matérielles
 - Causes organisationnelles
 - Autres...
 - Quelles mesures pour éviter qu'il ne se reproduise ?
 - RETOUR D'EXPERIENCE (locale & nationale : base REX)

Analyse des risques a posteriori : recueil d'EIG

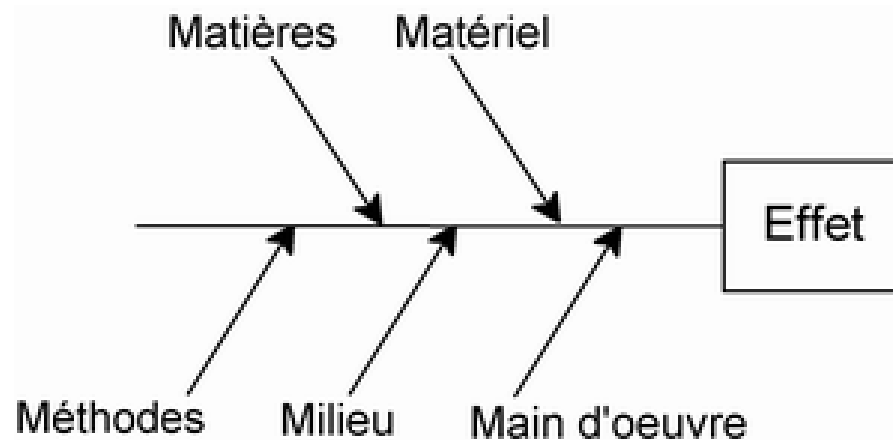
- Debriefing en équipe +++
- RMM en définissant les EIG étudiés
- Analyse par un intervenant extérieur
(organisme, expert et constitution d'une base REX
anonymisée : Principe de Gynerisq)

Analyse d'ELG en pratique

- Que s'est il passé ?
 1. Quel évènement ? Quelles conséquences ?
 2. Quelle chaine d'évènements ?
- Pourquoi est-ce arrivé ?
 3. Lié à un produit de santé, à une défaillance du matériel ?
 4. Erreur humaine ? Chaque intervenant à la bonne place ?
 5. Organisation des activités bien définie ?
 6. Communication adéquate ?
 7. Composition des équipes ? Nombre ?
 8. Défaut équipement ? Locaux ?
 9. Politique de sécurité de l'établissement, du service...?
- Défenses et prévention ?
 10. Révision du fonctionnement en fonction des points précédents

Analyse d'ELG en pratique

- Démarche collective d'analyse
- Préparation en amont
 - par une ou plusieurs personnes responsables dans l'équipe
- Analyse chronologique
- Diagramme « causes-effets » de ishikawa



- Méthode « ALARM »

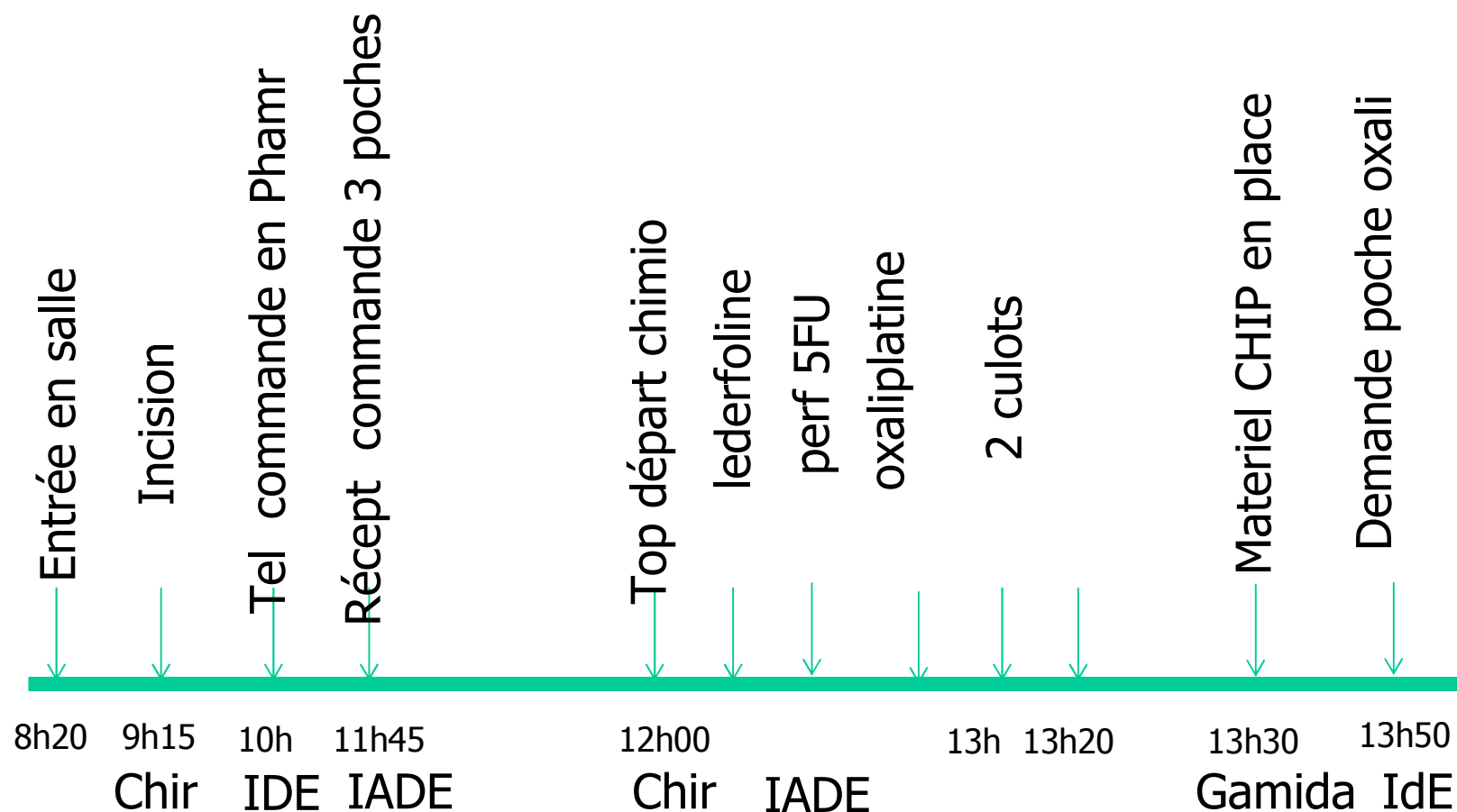
Analyse d'ELG exemple (1)

Ce qui s'est passé ?

- Patiente aux urgences pour douleur abdominale brutale
- Vue par la sage femme: RCF plat avec décélérations profondes
- Appelle l'obstétricien senior et l'anesthésiste en urgence
- Obstétricien déjà au bloc pour autre césarienne
- Anesthésiste se libère (IADE au bloc)
- Patiente difficile à intuber (obèse), pas de bilan biologique
- Demande un bilan (plaquettes) en vue d'une rachi-anesthésie
- L'obstétricien se libère (2^{ème} interne)
- Indication de césarienne immédiate sous AG
- Refus de l'anesthésiste (anest de péd., 1^{ère} garde en mater)
- Patiente en salle de naissance car salle de césar occupée
- 2^{ème} anesthésiste arrive
- Césarienne sous AG 40 minutes après diagnostic. HRP
- pH 6,80, BE -17mmol/l, réanimation pédiatrique, hypothermie

Analyse d'EIG exemple (2)

Analyse chronologique



Facteurs favorisants

2

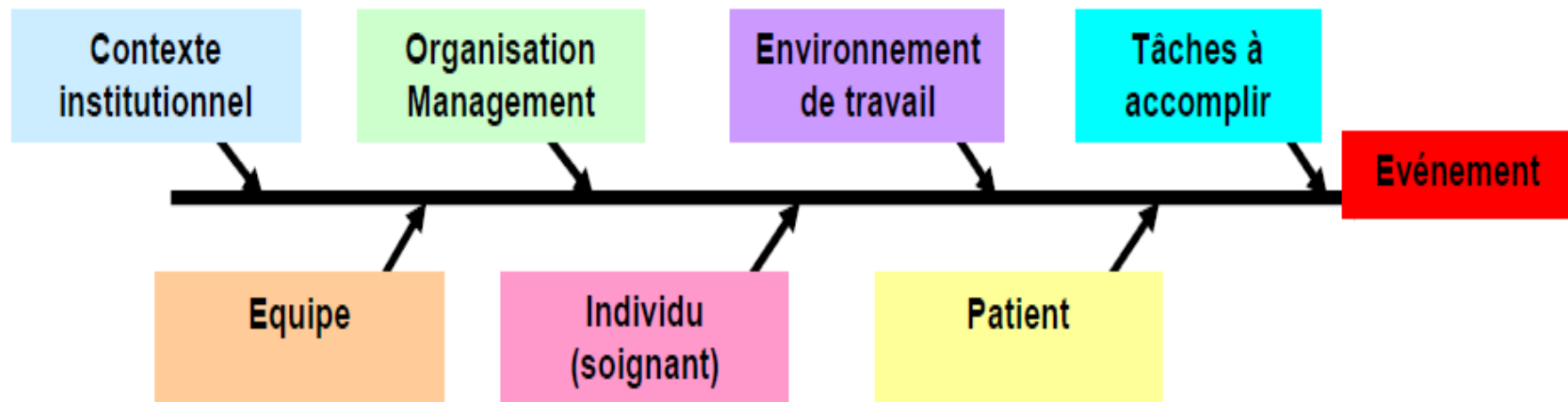
1

3

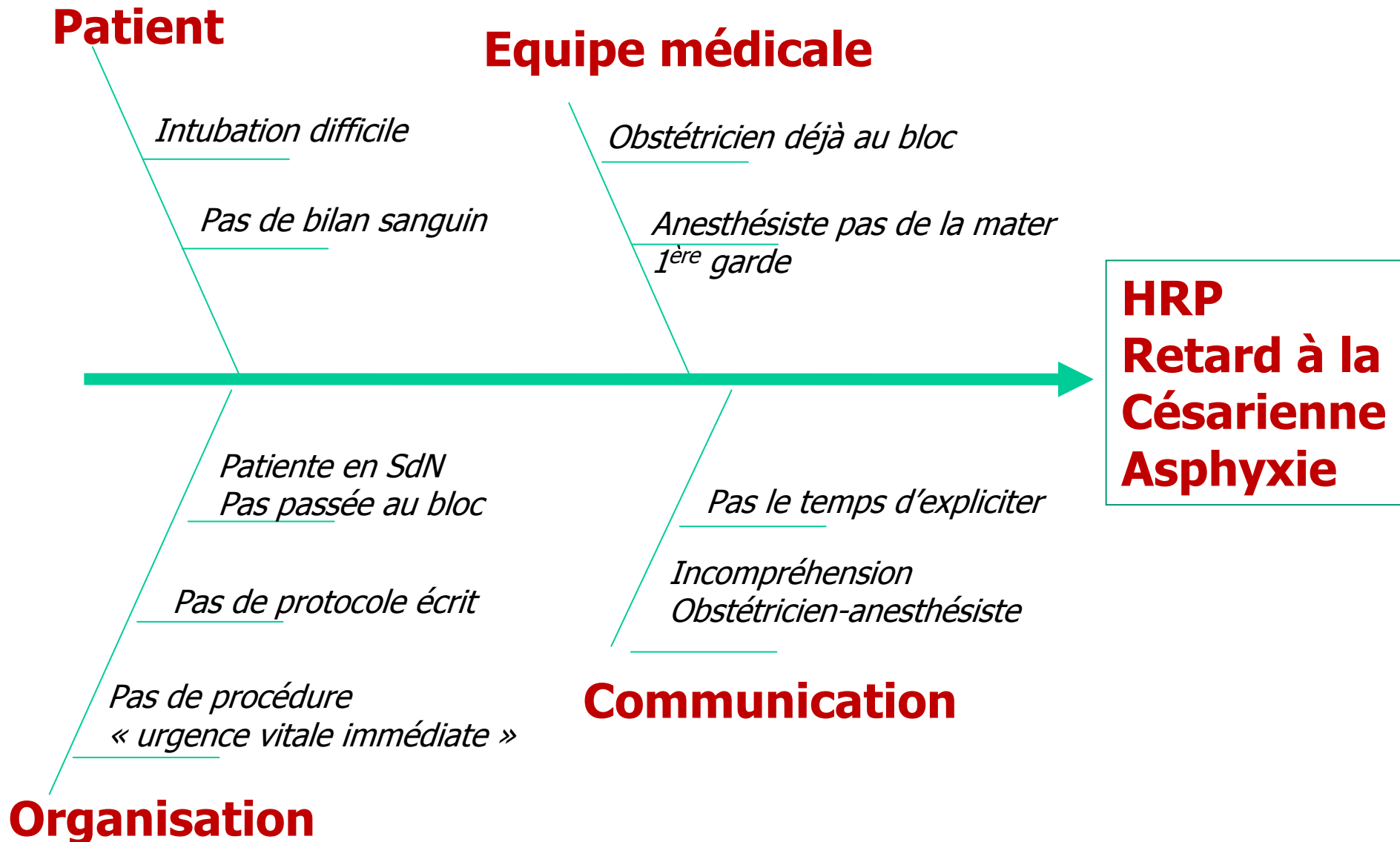
Analyse d'ELG exemple (3)

Diagramme « causes-effets » de ishikawa

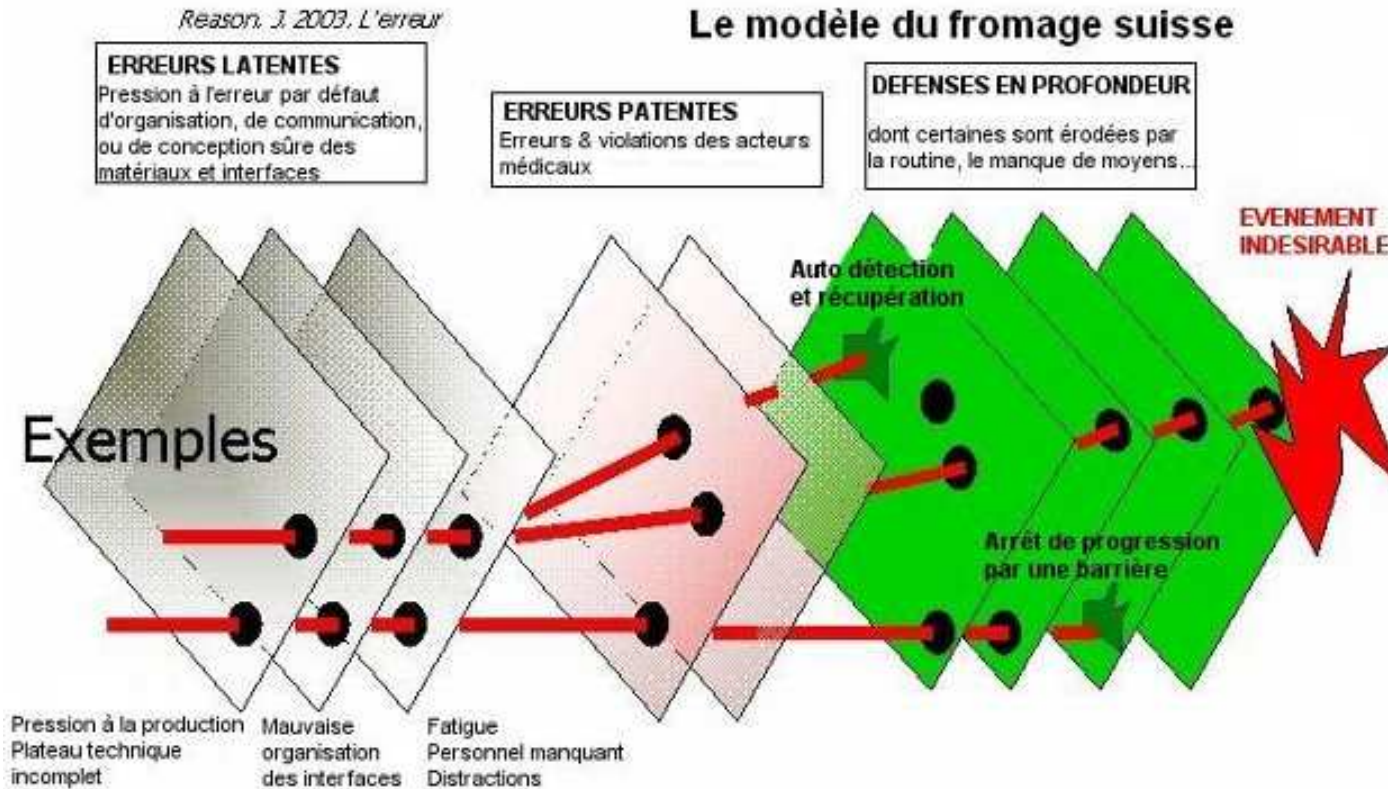
- Conçu pour le contrôle-qualité en entreprise



Analyse d'EIIG exemple (4)



Analyse d'EIG exemple (ALARM) (5)



- Tout opérateur commet des erreurs (impossible de ne pas en commettre): erreurs patentes
- La sécurité repose sur des « défenses en profondeur » dont aucune n'est infaillible à elle seule
- L'organisation du travail et la gouvernance pèsent sur la fréquence des erreurs (longtemps invisible: « erreurs latentes »)

Analyse d'ELG exemple (ALARM) (6)

Analyse des défenses « en profondeur »

Environnemental	2 césariennes simultanées
Travail en équipe	Incompréhension obs / anesth
Individuel	Anesthésiste de pédiatrie
Institutionnel	Contexte de regroupement de maternités Augmentation de 2500 à 3800 des accouchements
Organisationnel	1 ^{ère} garde en maternité, non doublée
Gestion des patients	Pas de passage au bloc immédiat
Tâches à effectuer	Anesthésie difficile; urgence vitale immédiate 2 césariennes en même temps

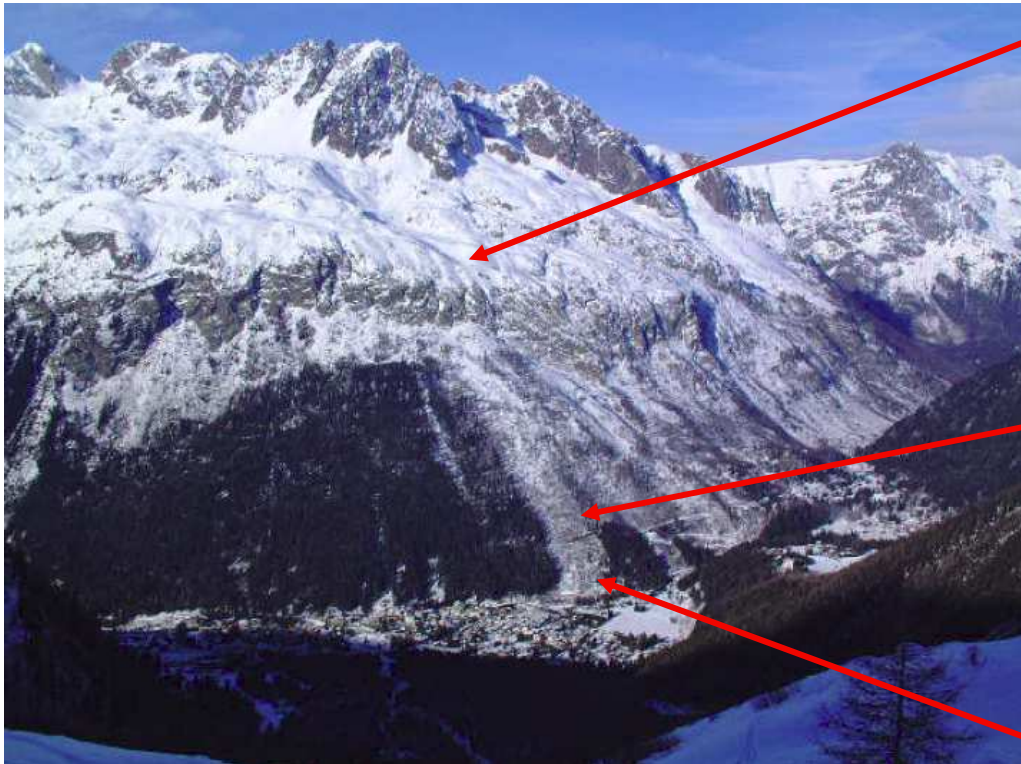
Analyse d'ELG exemple (7)

Mesures « correctrices »

- Procédure écrite
- Code couleur du degré d'urgence de la césarienne
- CESARIENNE « CODE ROUGE »
 - Urgence vitale foétale ou maternelle immédiate
 - Numéro d'appel unique renvoyé sur tous les acteurs
 - Césarienne sous AG (sauf...) sans bilan
 - Passage au bloc immédiat
 - Délai appel extraction visé : < 20 min. (plutôt 15)

Analyse des risques *a priori*

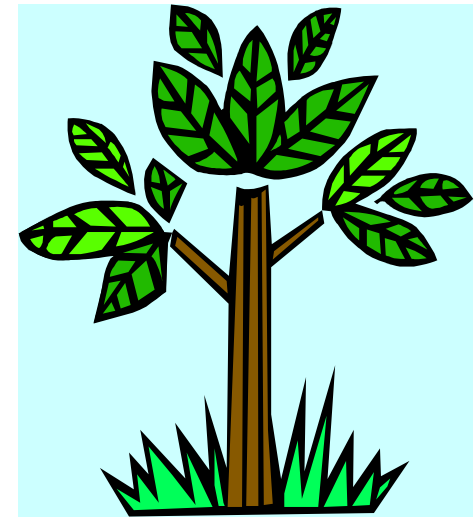
Identifier les situations à risque
Ne pas attendre l'accident



Analyse des risques *a priori*

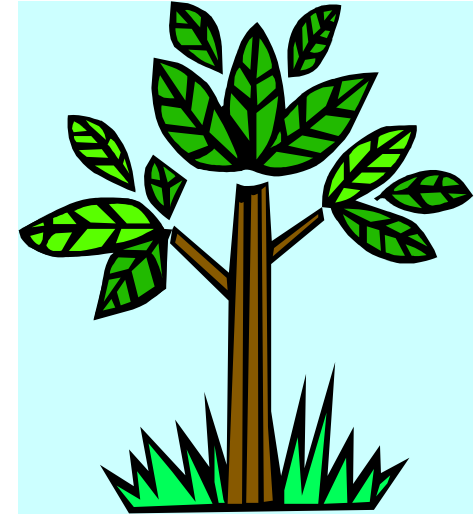
Mesures « correctrices »

- Identifier des situations à risque a priori (fréquence / gravité/ possibilités d'amélioration)
 - Asphyxie fœtale
 - Hémorragie du post-partum
 - Dystocie des épaules
 - Rupture utérine...
- Analyse de l' « arbre des défaillances »
- Retracer le chemin clinique de l'EIG
- Démarche de Gynerisq (OA/HAS accréditation)



Analyse des risques *a priori*

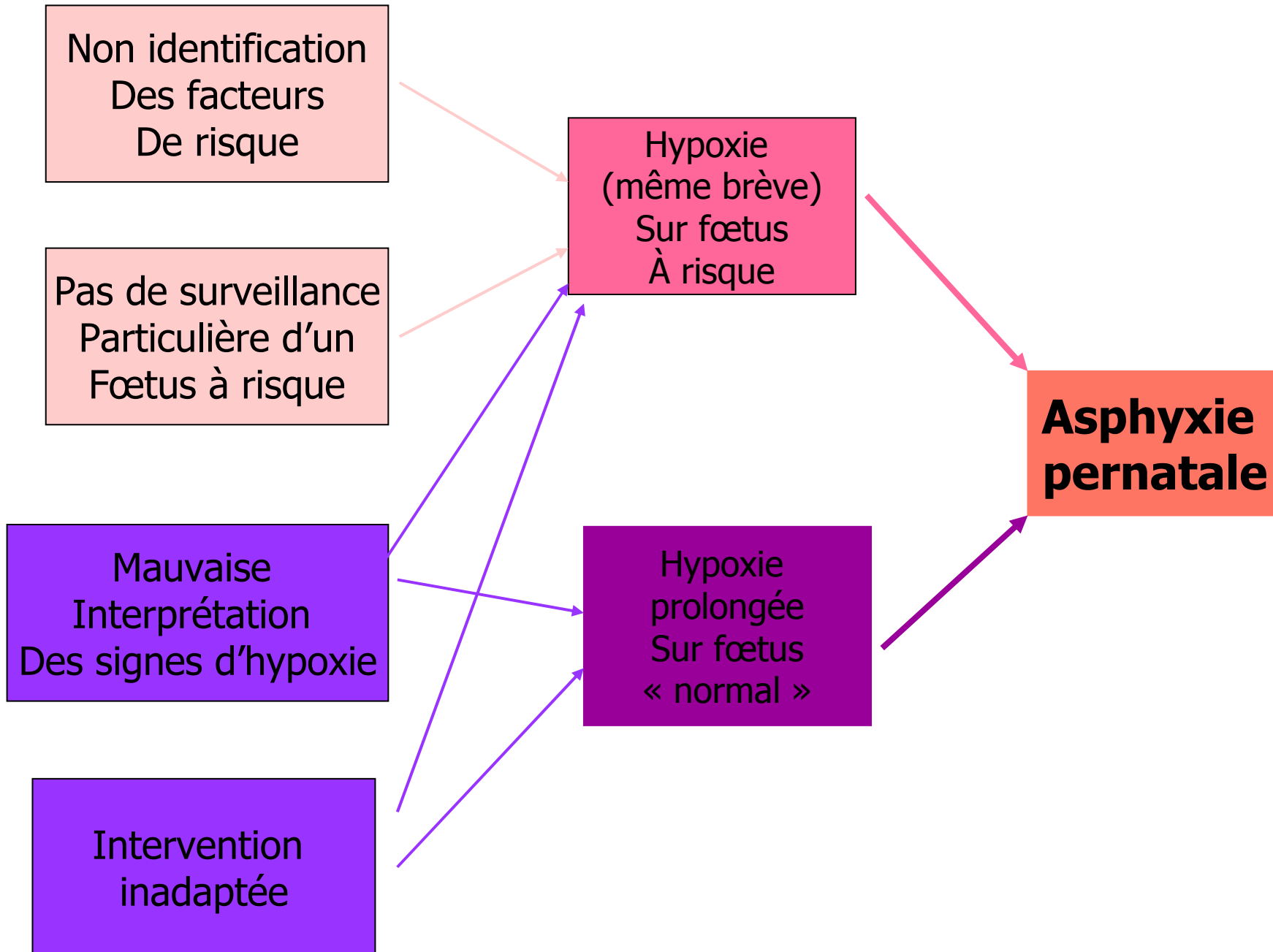
Arbre des défaillances

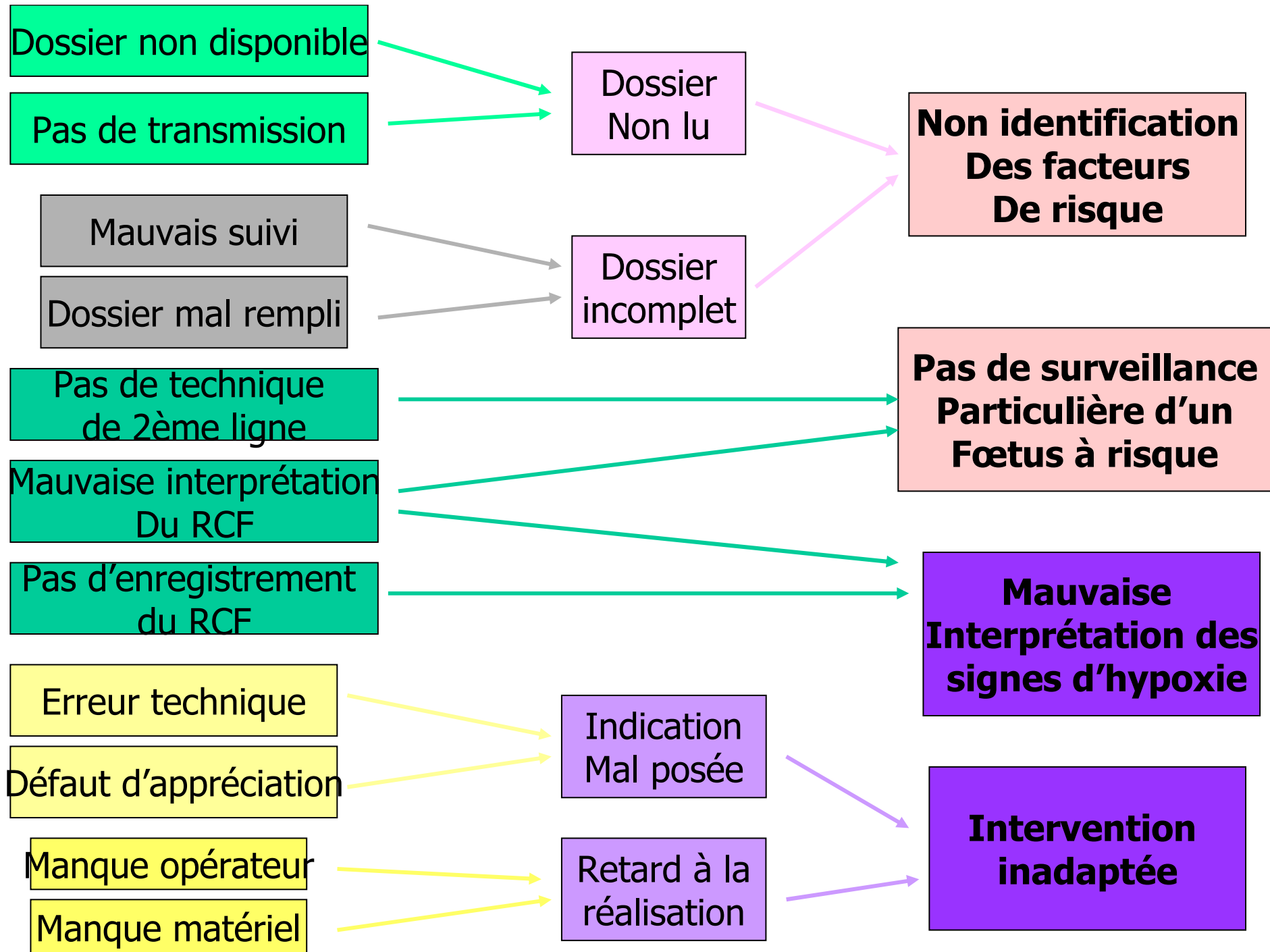


- Construit a priori à partir d'une réflexion consensuelle et/ou du recueil d'EI
- Essayer d'être systématique

Exemple de l'asphyxie perinatale

Gynerisq 2009





Analyse des risques *a priori* Propositions d'améliorations



- Protocole de réalisation des césariennes selon le degré d'urgence (code couleur)
- Entraînement aux manœuvres obstétricales
- Entraînement des SF et anesthésistes à la réanimation néonatale
- Protocole de réalisation des GDS au cordon

Gynerisq 2009

Conclusion

- Double démarche a priori et a posteriori
- Enrichie par le retour d'expérience
- Dépersonnalisée +++
- Edition de documents à gérer et actualiser
- **Démarche continue d'amélioration**
- Perspective: accréditation par équipes

