

Programme Accréditation des Médecins au CFAR

Exemple d'Évènement Porteur de Risque (EPR) ciblé en Anesthésie Réanimation

Voici quelques exemples pour vous aider à identifier les EPR :

EPR ciblé sur le thème : retard transfusionnel

Exemple : NFS postopératoire effectuée à 7h, résultat à 11h, prise de connaissance de l'anémie à 18h chez un patient coronarien car absence de papier dans le fax. Transfusion à 20h. Pas de syndrome coronarien (donc absence de dommage au patient)

Nombreuses causes possibles de retard transfusionnel :

- absence de mesure de l'Hémoglobine
- problèmes d'acheminement du sang
- défaut de la procédure de commande
- défaut de communication
- défaut matériel
- défaut d'organisation...

EPR ciblé sur le thème : accès difficile imprévu aux VAS

Exemple : patient diabétique et obèse, Mallampati 2 signalé mais ouverture bouche et distance thyro mentonnière non notés lors de la CPA; Cormack 4 à l'intubation, 2 tentatives de laryngoscopie avec échecs, intubation avec Fastrach. Absence de désaturation, pas d'inhalation, pas de traumatisme dentaire (donc absence de dommage au patient).

Nombreuses causes possibles d'accès difficile imprévu :

- défaut d'évaluation critères d'ITD (ici il manquait les 2 autres critères : ouverture bouche, distance thyro-mentonnière)
- défaut de communication entre médecins
- défaut de disponibilité du matériel permettant de faire face à l'intubation difficile.
- défaut de diffusion ou absence de protocole...
- concerne également les difficultés liées à l'insertion ou à l'utilisation d'un dispositif pharyngé
- ainsi que la ventilation au masque facial.

EPR ciblé sur le thème : erreur d'administration d'un médicament

Exemple : patient présentant une bradycardie peropératoire ; le médecin décide d'injecter de l'atropine°. Les ampoules d'atropine° et d'adrénaline °sont de formes similaires et dans le même tiroir. Il prépare une seringue d'adrénaline et :

1° possibilité : Le médecin se rend compte de son erreur et ne l'injecte pas : EPR de type incident

2° possibilité : Le médecin injecte 1 cc de sa préparation et ce rend compte de l'erreur, ce qui entraîne une tachycardie sans conséquence pour le patient : EPR de type presque accident .

Nombreuses causes possibles d'erreur d'administration (du stockage à l'injection)

- défaut étiquetage
- rangement ou stockage inadéquat

- erreur de préparation
- erreur de dose ou de dilution
- défaut d'organisation (absence de protocole)
- défaut de communication
- absence de traçabilité
- erreur sur la voie d'administration

Vous devez décrire un événement avec précision dans le circuit de soin du patient du début jusqu'à la fin, et sans donner de précisions sur l'identité du patient ni des intervenants du personnel de santé, ni même sur le nom de l'établissement.

Voici un exemple pour vous montrer une bonne rédaction de déclaration :

Une patiente de 83 ans (1,56 m, 65 kg), s'est fracturé le poignet et souffre beaucoup. Elle est amenée aux urgences par son fils. Nous sommes le vendredi 30 juin, il est 12h30.

A 12h30 l'urgentiste fait le diagnostic de la fracture et le chirurgien décide de l'opérer immédiatement en secteur ambulatoire : il part en vacances le jour même. L'anesthésiste réanimateur finit son programme de chirurgie réglée avec une IADE et voit arriver à 13h00, la patiente que l'on installe dans la salle dédiée aux urgences mais qui n'a pas de dotation en personnel d'anesthésie. La patiente n'est pas à jeun et souffre beaucoup.

C'est l'heure du repas, tout le monde est énervé et désireux de finir le plus tôt possible. L'AR accepte de s'occuper de la vieille dame sous ALR avant la fin de l'intervention en cours. Il demande à l'IADE de calmer la douleur, grâce à l'injection IV de 2 mg de morphine, et de préparer la patiente pour un bloc axillaire. La morphine est injectée à 13h45 tandis que l'on installe la patiente. L'IBODE doit arriver, l'IADE prépare l'ALR, l'AR surveille la fin de l'intervention en cours. Le chirurgien n'est pas là.

Tout à coup c'est la panique. A 13h55 la surveillante du bloc se rend compte que la patiente est franchement cyanosée et respire difficilement. Tout le monde se précipite.

A 14h00 l'AR constate l'hypoventilation et ventile aussitôt la patiente au masque. L'IADE constate qu'elle a injecté du sufentanil à la place de la morphine.

L'AR injecte un antagoniste, de la naloxone.

14h10 la patiente a récupéré une oxygénation normale.

Cet événement a été rattrapé par le personnel soignant ; il n'a pas engendré de dommages physiques ni de décès de la patiente. Il s'agit d'un Evènement Porteur de Risque ciblé (erreur d'administration d'un médicament).