

Le CNCE a élaboré un tableau permettant de caractériser de manière fine les causes des événements porteurs de risque (EPR) en les regroupant par famille selon la méthode des 5 M à partir d'un chemin chronologique en 5 étapes.

Une typologie est ainsi réalisée pour chaque grande famille de causes.

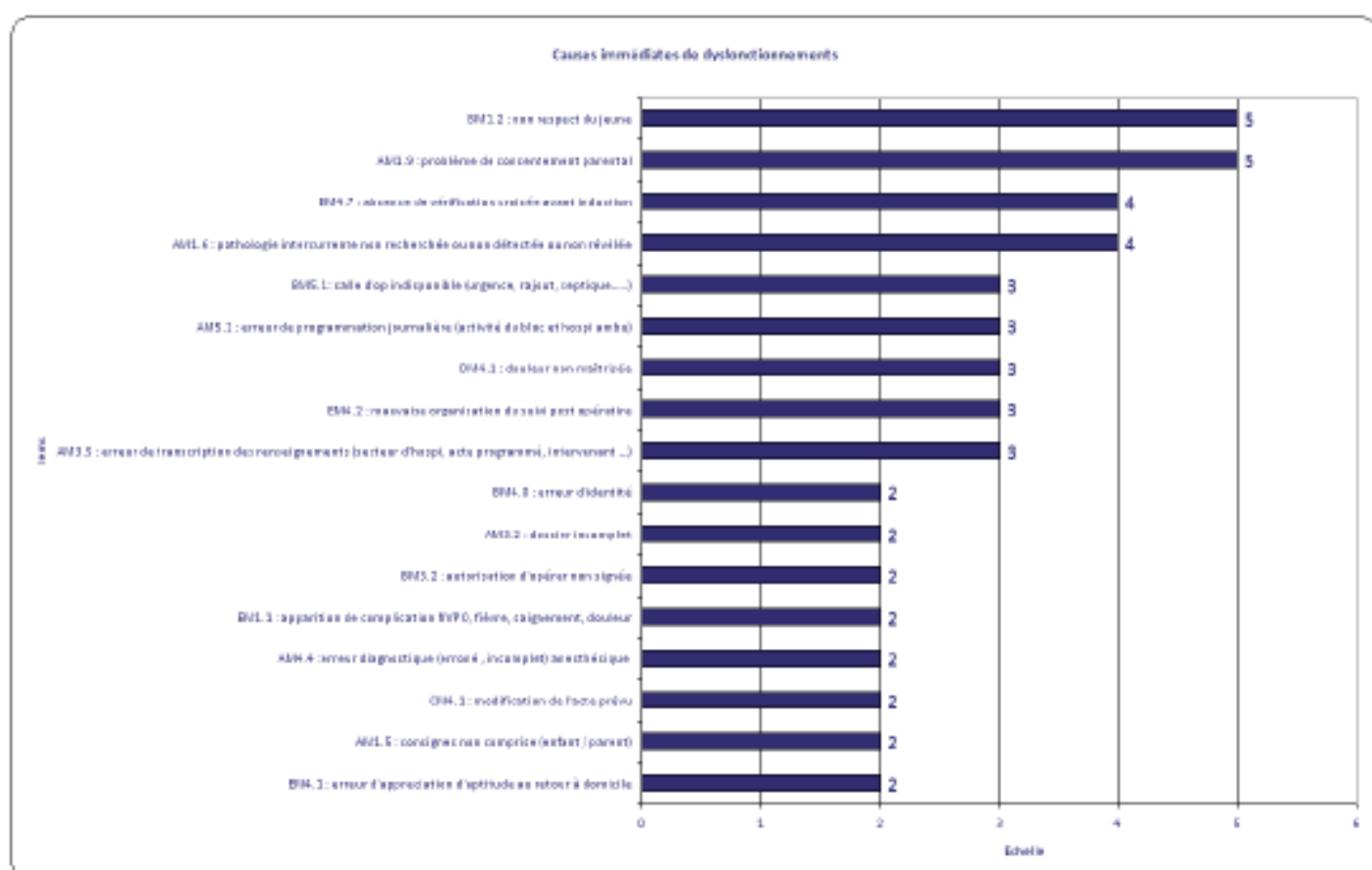
- M1 : Malade : patient, famille, environnement.
- M2 : Moyens humains : chirurgien /intervenant, anesthésiste, personnel paramédical.
- M3 : Matériel : dossier, système d'information, matériel spécifique.
- M4 : Méthode : pratiques professionnelles, culture sécurité.
- M5 : Milieu : configuration /aménagement, locaux, brancardage, organisation bloc, organisation unité d'ambulatoire.

Tableau d'analyse des EPR (document disponible dans son intégralité sur www.has-sante.fr)

| Événement redouté : "Inadéquation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire" : dysfonctionnement PEC/mode ambulatoire | | | | | |
|--|---|--------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Caractérisation EPR | A Gestion pré-acte défectueuse | B Retard prise en charge | C Incident per-acte | D Incident post-acte | E Incident à domicile |
| M1 "malade" patient famille environnement | M1.1 : stress / anxiété (enfant / parents) M1.2 : barrière linguistique M1.3 : moyen de transport en défaut M1.4 : pb de communication téléphonique non pris en compte M1.5 : consignes non comprises (enfant / parent) M1.6 : pathologie intercurrente non recherchée ou non détectée ou non révélée M1.7 : antécédents méconnus M1.8 : consignes mal délivrées M1.9 : problème de consentement parental | | | | |
| M2 "moyens humains" chirurgien/intervenant anesthésiste personnel paramédical | M2.1 : personnel non formé à la prise en charge pédiatrique M2.2 : consultant différent de l'intervenant M2.3 : examens complémentaires non prescrits | | | | |
| M3 "matériel" dossier système d'information matériel spécifique | M3.1 : dossier absent M3.2 : dossier incomplet M3.3 : examens complémentaires non réalisés M3.4 : absence de matériel M3.5 : erreur de transcription des renseignements (secteur d'hôpital, acte programmé, intervenant ...) | | | | |
| M4 "méthode" pratiques professionnelles culture sécurité | M4.1 : consignes non délivrées M4.2 : consignes imprécises M4.3 : erreur diagnostique (erroné, incomplet) chirurgicale M4.4 : erreur diagnostique (erroné, incomplet) anesthésique M4.5 : indication "limite" pour l'ambulatoire M4.6 : consignes spécifiques / prescriptions non délivrées M4.7 : non anticipation du moyen de transport pour retour à domicile M4.8 : non respect des critères d'éligibilité | | | | |
| M5 "milieu" configuration/aménagement locaux brancardage organisation bloc organisation unité d'ambulatoire | M5.1 : erreur de programmation journalière (activité du bloc et hôpital ambu) | | | | |

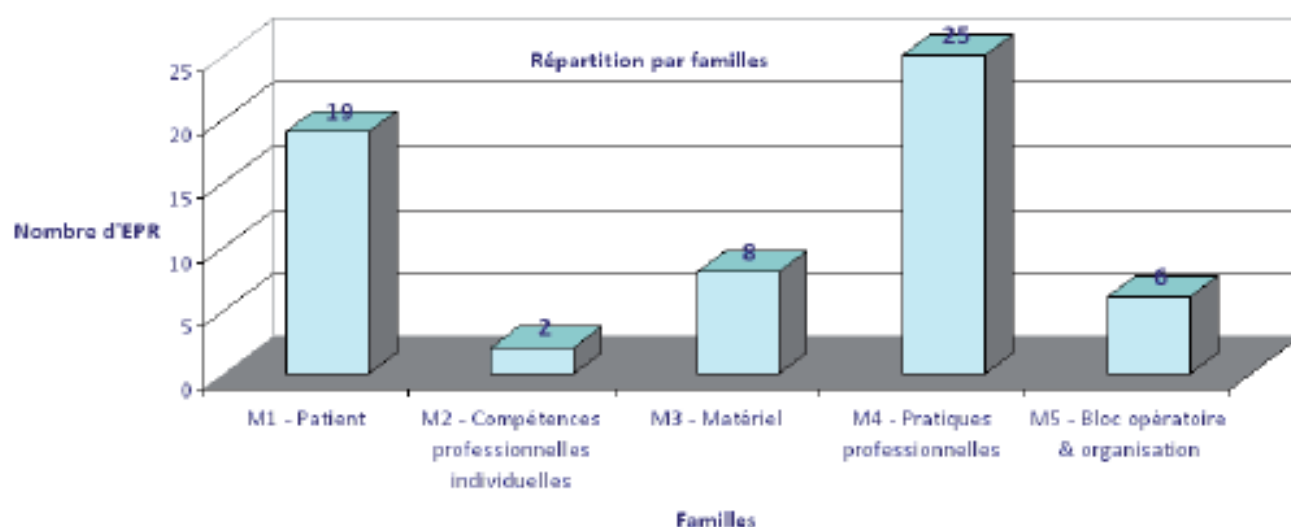


L'analyse des 60 EPR montre les résultats suivants :



Catégorisation des causes immédiates de dysfonctionnement de la prise en charge sur le mode ambulatoire.

Cette répartition globale met en évidence que 30 % des déclarations d'EPR relèvent du non respect du jeûne, d'une pathologie intercurrente non recherchée, d'une absence de vérification croisée avant induction, d'un défaut de consentement parental.



Répartition des causes immédiates dans les 5M.

Cette répartition 5M fait apparaître :

- 41,7 % de déclarations liées aux pratiques professionnelles (M4) ;
- 31,6 % de déclarations liées au patient (M1) ;
- 13,3 % de déclarations liées au matériel (M3) ;
- 10 %, de déclarations liées au milieu du Bloc opératoire et à son organisation (M5) ;
- 3,3 % de déclarations liées aux compétences professionnelles individuelles (M2).

On peut à partir de cette répartition regrouper les dysfonctionnements en 3 paniers.

- **Ceux liés au patient et aux défaillances des barrières de sécurité à l'admission :**
 - › consignes de jeûne non respectées,
 - › présence de pathologies intercurrentes (sphère rhino-pharyngée, état cutané),
 - › problème de consentement parental : documents absents ou désaccord entre les 2 parents.
- **Ceux liés à des facteurs humains et organisationnels non sécurisés :**
 - › absence de vérification croisées AVANT induction (matériel absent ou défaillant, erreur d'identité, de coté),
 - › transmission d'informations non fiables : dossier ou Rx absentes, erreurs de transcription,
 - › organisation au bloc défaillante : problèmes de programmation (prise en charge tardive, « *surbooking* », salle indisponible, etc.).
- **Ceux liés à l'insuffisance de maîtrise de la douleur post opératoire.**

De ce retour d'expérience basé sur l'analyse des 60 premiers EPR, l'OA CNCE préconise quelques recommandations supplémentaires pour sécuriser la Prise en charge ambulatoire.

Barrières permettant d'éviter un dommage clinique au patient lors de sa prise en charge en chirurgie ambulatoire.

- **Importance de la visite préopératoire le matin** de l'intervention :
 - › par le chirurgien ou par le médecin anesthésiste, ou,
 - › par l'infirmière sur la base de critères définis préalablement (de type check-list) selon un protocole validé par l'ensemble de l'équipe en charge du patient,

Pour vérifier l'absence de pathologie infectieuse intercurrente (générale et locale cutanée) et la réalité du jeûne.

- **Importance de la Check-list** du bloc opératoire et son adaptation au petit enfant, particulièrement en ce qui concerne la vérification de l'identité.
- **Importance de l'information délivrée autour du jeûne** préopératoire et les modalités de sa mise en œuvre à l'aide d'un document détaillé et ludique ainsi que l'assurance de la bonne compréhension de ces informations par les parents.
- **Importance de l'organisation de la sortie** et du suivi post-op et surtout de la maîtrise de la douleur :
 - › ordonnances de sortie anticipées dès les consultations préopératoire ;
 - › prescriptions anticipant la recrudescence des douleurs à J1 ;
 - › documents et compte rendus remis au patient pour assurer la qualité et la pertinence de la prise en charge par le médecin traitant.

Barrières permettant d'éviter un échec de la prise en charge sur le mode ambulatoire.

- **Importance de l'appel de la veille (J-1) voire de l'avant-veille (J-2) :**
 - pour s'enquérir de l'état général de l'enfant ;
 - pour rappeler les consignes de jeûne et s'enquérir de leur bonne compréhension ;
 - pour éviter une admission + déprogrammation à J0 ;
- **Importance d'avoir défini au préalable entre professionnels des disciplines concernées, et protocolisé les bilans biologiques nécessaires pour éviter des retards ou des déprogrammations à J0 en raison de l'attente de résultats d'examens biologiques faits à l'admission.**
- **Importance de la transmission de données fiables :**
 - dossier renseigné ;
 - autorisations d'opérer signées : vigilance accrue en situation de parents séparés ;
 - nature de l'acte prévu ;
 - matériel nécessaire.
- **Nécessité d'une programmation au bloc opératoire « cohérente » avec les nécessités de l'ambulatoire :** éviter les prises en charge tardives du fait d'urgences intercurrentes, d'indisponibilité de salle, de prolongation imprévues de l'intervention précédente.

Pour en savoir plus, Journal de l'Accréditation des médecins n° 26. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1330581/journal-de-l-accréditation-des-medecins-n26