

The logo for Vascurisq, featuring the word "Vascurisq" in white serif font on a blue background with red and white decorative elements.

Vascurisq

DÉFAILLANCE DE LA COMMUNICATION ET/OU DE LA COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À PROPOS DE 602 DÉCLARATIONS DES CHIRURGIENS VASCULAIRES
ADHÉRENTS À VASCURISQ

DR PATRICK MOREAU, EXPERT VASCURISQ, NICE, LE 29 JUIN 2018

LES ACTEURS EN PRÉSENCE

- Le défaut de communication et /ou coopération occupe une place de choix dans la survenue d'Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS)
- Le projet de soins d'un patient est entre les mains de deux acteurs d'égale importance : le chirurgien et l'anesthésiste. Leur interdépendance est totale
- De leur action coordonnée dépend en grande partie la qualité du soin apporté au patient. De leur discorde éventuelle...
- Tous les autres acteurs de santé médicaux, paramédicaux, personnels non soignants (ambulanciers, brancardiers, personnel administratif, secrétaires etc.) peuvent, faute de communication ou de coopération être à l'origine d'EIAS

CASUISTIQUE : 11 CHAMPS, PLUS DE 100 ITEMS 602 DÉCLARATIONS

- 1) **Analyse** : 7 items
- 2) **Situation à risque**: 2 items
- 3) **Information déclarant et établissement**: 7 items
- 4) **Information sur le patient**: 12 items
- 5) **Procédure de soins**: 8 items
- 6) **Circonstances de l'événement** : 13 items, dont item « Que s'est-il passé? »
- 7) **Cause de l'événement**: 25 items
- 8) **Barrières de l'événement**: 6 items
- 9) **Analyse approfondie**: 1 item
- 10) **Mesures de suivi** : 5 items:
- 11) **Communication** : 6 items:

CHAMP N° IV : INFORMATION SUR LE DÉCLARANT

Libéral : 397 ; 65,9%

Libéral et salarié : 143 ; 23,7

Salarié : 60 ; 10%

Non renseigné : 2 : 0,3%

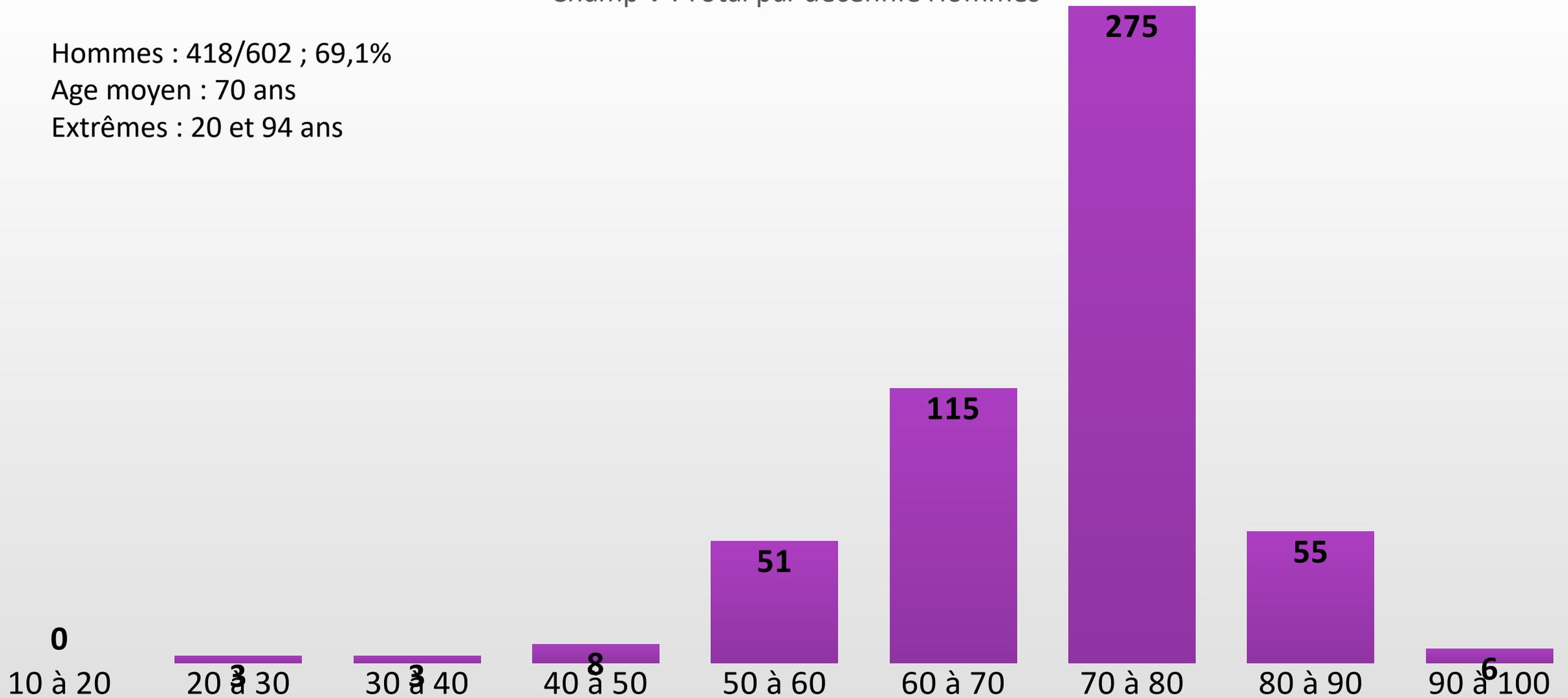
Donc proportion 2/3, 1/3

Champ V : Total par décennie Hommes

Hommes : 418/602 ; 69,1%

Age moyen : 70 ans

Extrêmes : 20 et 94 ans



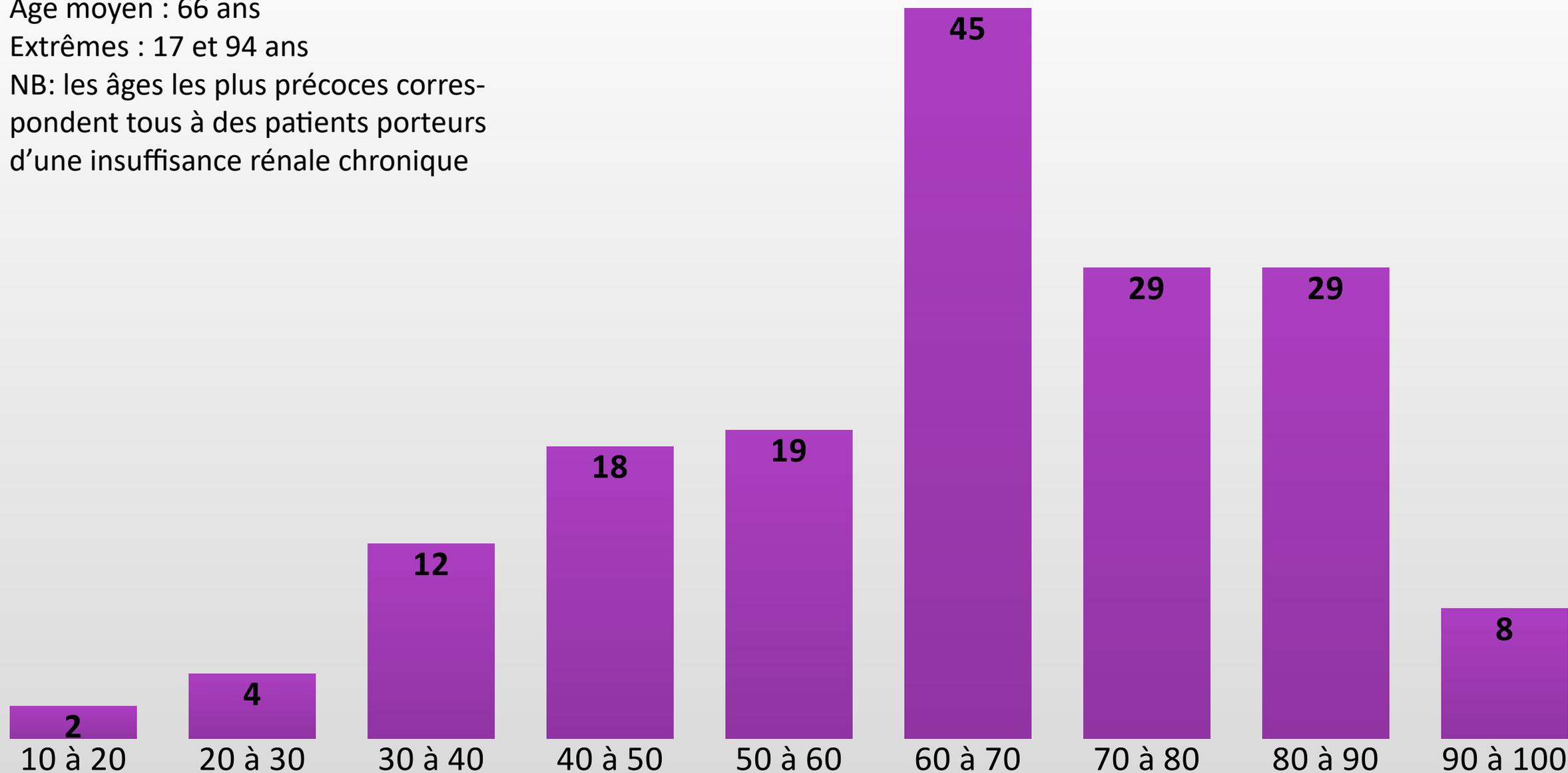
Champ V : Total par décennie Femmes

Femmes : 186/602 ; 30,9%

Age moyen : 66 ans

Extrêmes : 17 et 94 ans

NB: les âges les plus précoces correspondent tous à des patients porteurs d'une insuffisance rénale chronique



CHAMP N° V : INFORMATION SUR LA PATHOLOGIE DU PATIENT (LIBELLÉ CIM 10)

Anévrismes aortiques et dissections : 25

Artériopathie des membres inférieurs : 80

Embolies et thromboses 62

Infection de prothèse : 2

Insuffisance rénale terminale : 53

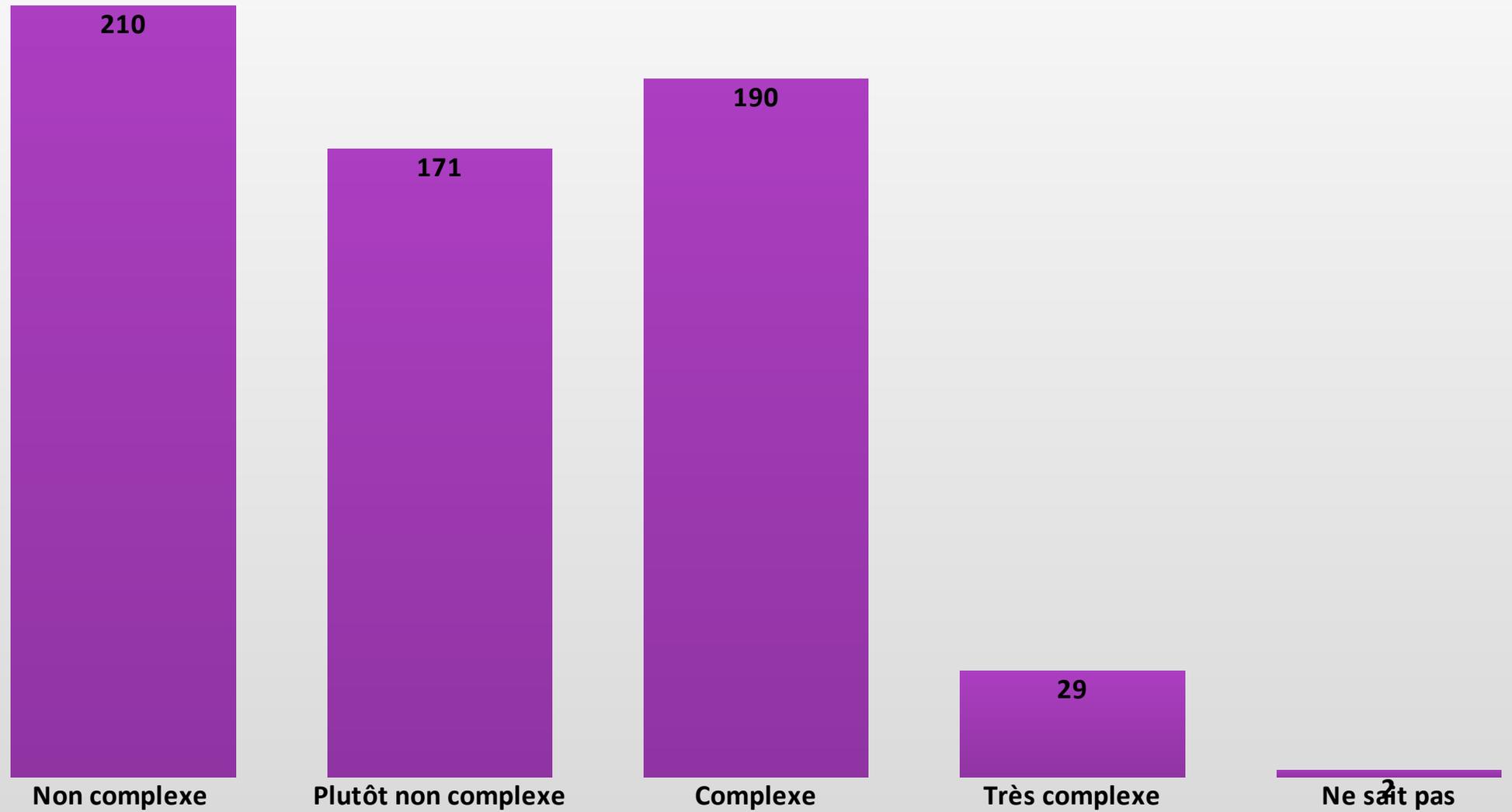
Insuffisance veineuse superficielle : 60

Troncs supra aortique (essentiellement bifurcation carotidienne) : 46

Antécédents divers : 64

Non renseigné ou NA : 210 ; 34,9%

Situation du patient



CHAMP N° VI : PROCÉDURE DE SOINS (CODE CCAM)

Amputations : 11
Artériographie : 8
Création ou désobstruction de fistule artério-veineuse : 47
Dilatation artérielle ou recanalisation : 103
Embolisation : 6
Mise à plat- greffe aortique : 12
Endoprothèse aortique : 19
Remplacement artériel : 3
Pontage artériel (essentiellement membres inférieurs) : 62
Thrombectomie, embolectomie : 26
Stripping : 62, radiofréquence : 8
Chambre d'infusion implantable : 14
Thromboendarterectomie : 81, dont 57 carotidiennes
Non renseigné ou NA : 202

CHAMP VII : CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT

- Cet item est très mal renseigné par les déclarants et donne des résultats numériques bien inférieurs aux données croisées avec les item : « Que s'est-il passé ? » et « Analyse ». Néanmoins, en regroupant par thème, on retrouve :

Modification du type d'anesthésie : 21

Aggravation de l'insuffisance rénale : 5

Aggravation de l'ischémie périphérique (membres) : 13, dont 3 amputations

Aggravation neurologique : 6

Hématome(s) : 14

Hémorragie peropératoire : 12

Reprise pour hémorragie : 12

Thrombose artérielle : 11

Décès : 8

CHAMP VII : CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

Chute patient : 1

Infection : 5

Retard de cicatrisation : 2

Douleurs caractérisées : 2

Angoisse du Patient ou la famille : 7

Mécontentement affiché du patient ou la famille : 11, dont une mise en cause

Procédure modifiée (procédure dégradée) : 10

Augmentation de la durée opératoire : 10

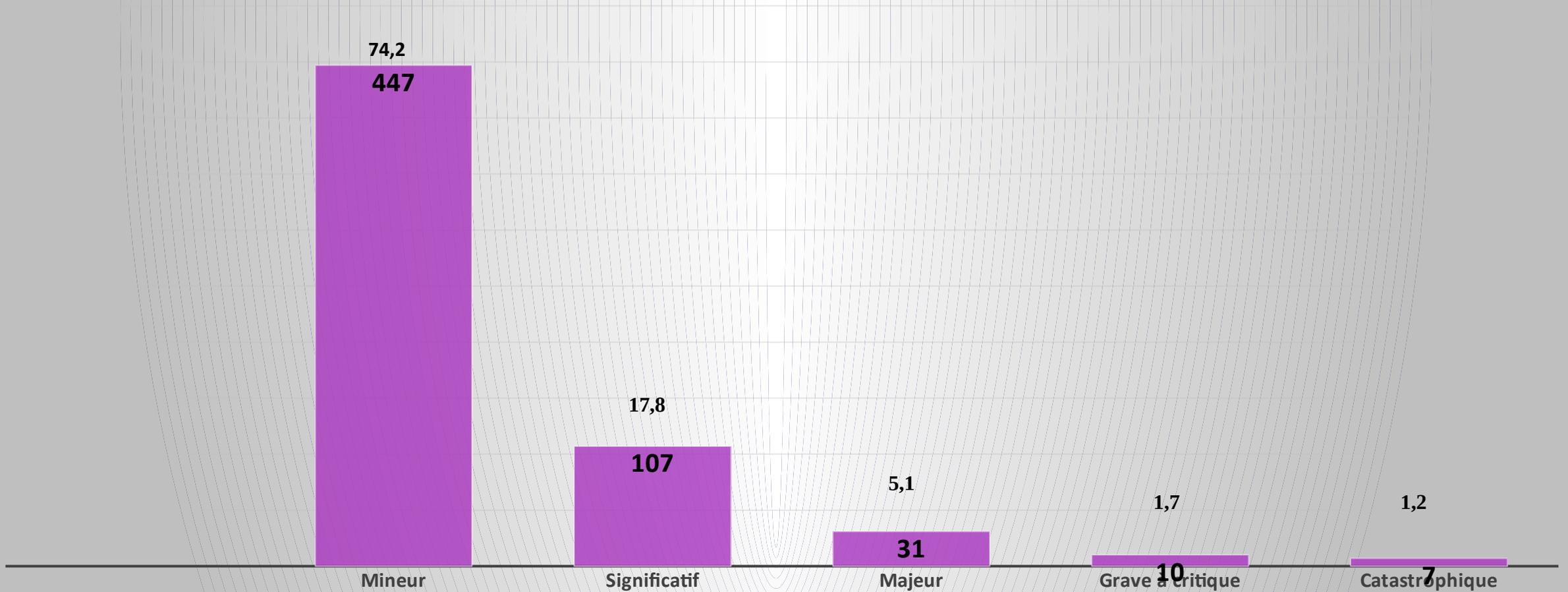
Intervention retardée de quelques minutes ou quelques heures : 32

Intervention reportée : 168

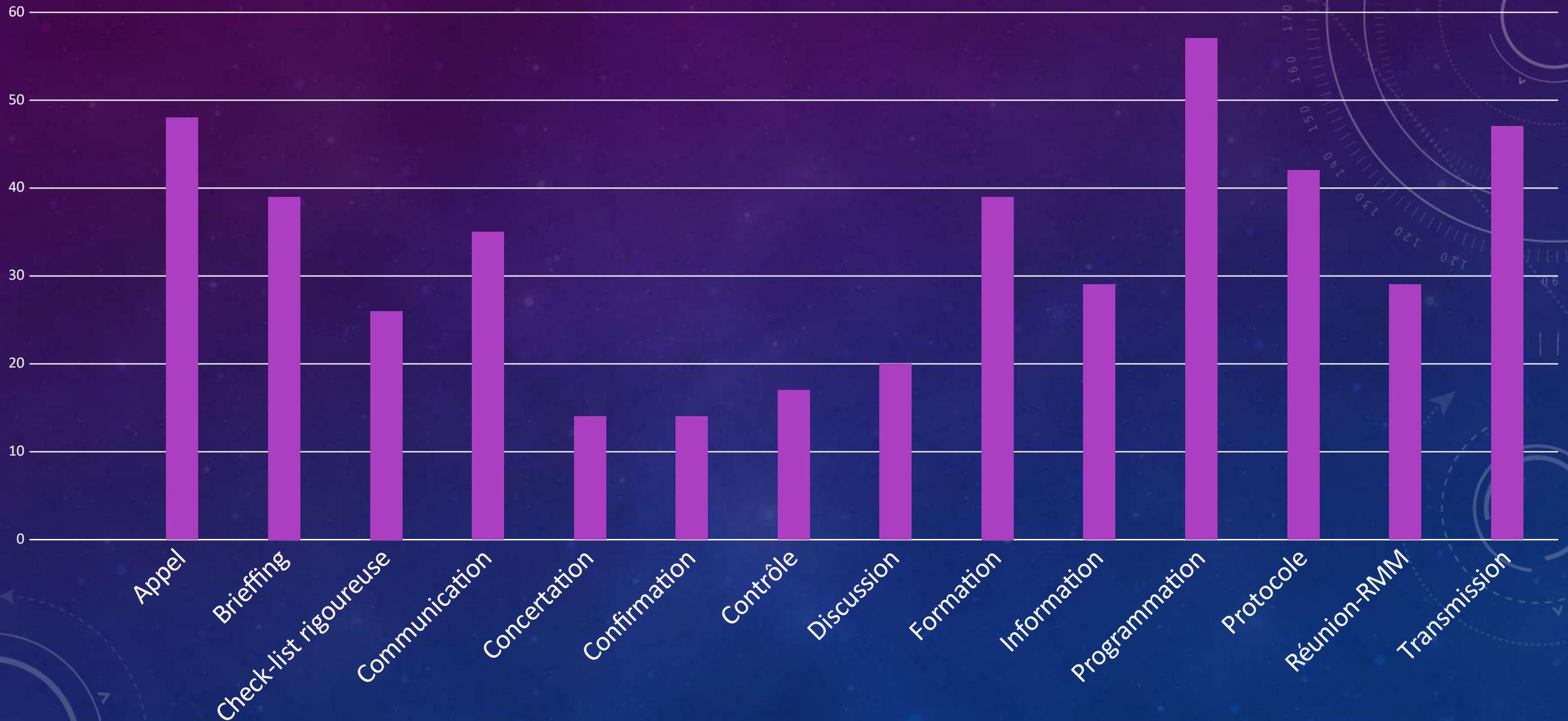
Prise de risque sans conséquence : 10

Pas d'aggravation : 108 (# 18%)

Niveau de gravité constaté pour le patient



B: Nombre d'actions proposées: nombreuses (520) et variées!



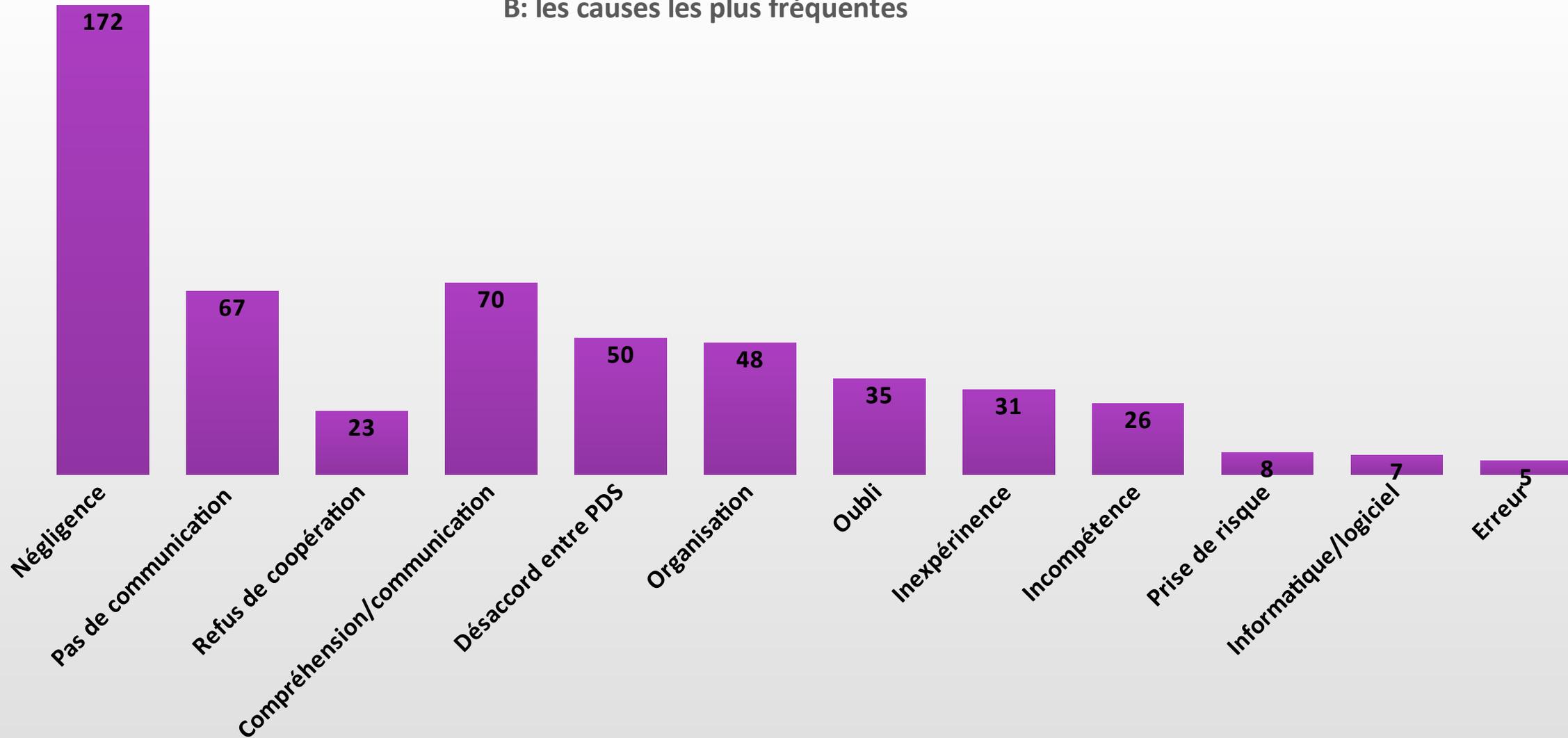
DEUXIÈME PARTIE : RENSEIGNEMENTS TIRÉS DES CHAMPS DE TEXTE LIBRES : « QUE S'EST-IL PASSÉ ? » ET « ANALYSE »

- Le champ de texte libre « Que s'est-il passé » est rempli par le déclarant et il faut souvent attendre cet item pour comprendre la substance de l'EIAS
- Le champ de texte libre « Analyse » incombe à l'expert, qui doit à la fois effectuer un résumé de l'EIAS, en analyser les causes, conséquences et mettre en lumière les dysfonctionnements majeurs ainsi que les actions de prévention ultérieures mises en œuvre

I : Y-A-T-IL EU RÉELLEMENT UN DÉFAUT DE COMMUNICATION OU DE COOPÉRATION ENTRE LES PDS ?

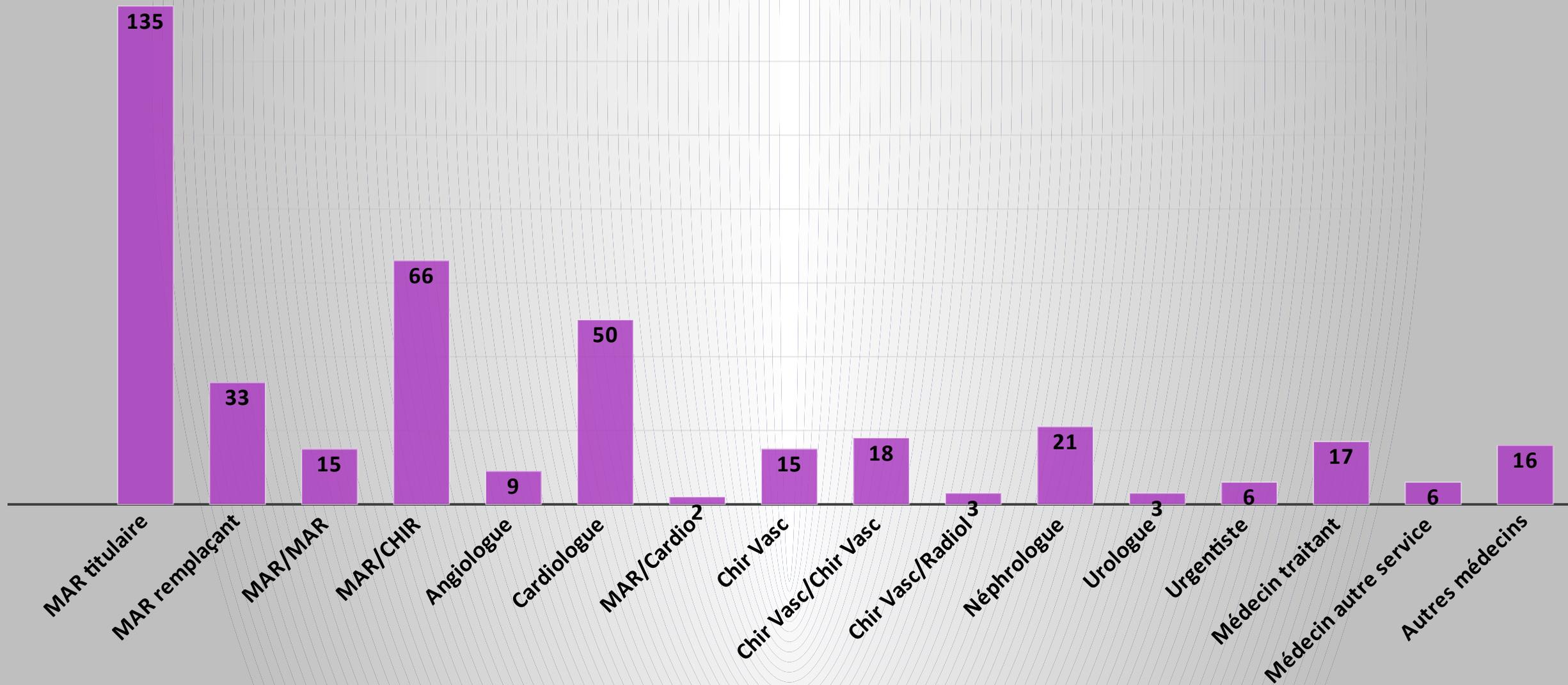
- Manque réel de communication et coopération
Oui : 542 ; 90%
Non : 50 ; 8,3%
N/A : 10 ; 1,7%
- *Commentaire : Il y a une excellente adéquation entre la SAR et les déclarations*

I : Y-a-t-il eu réellement un défaut de communication ou de coopération entre les PDS ?
B: les causes les plus fréquentes

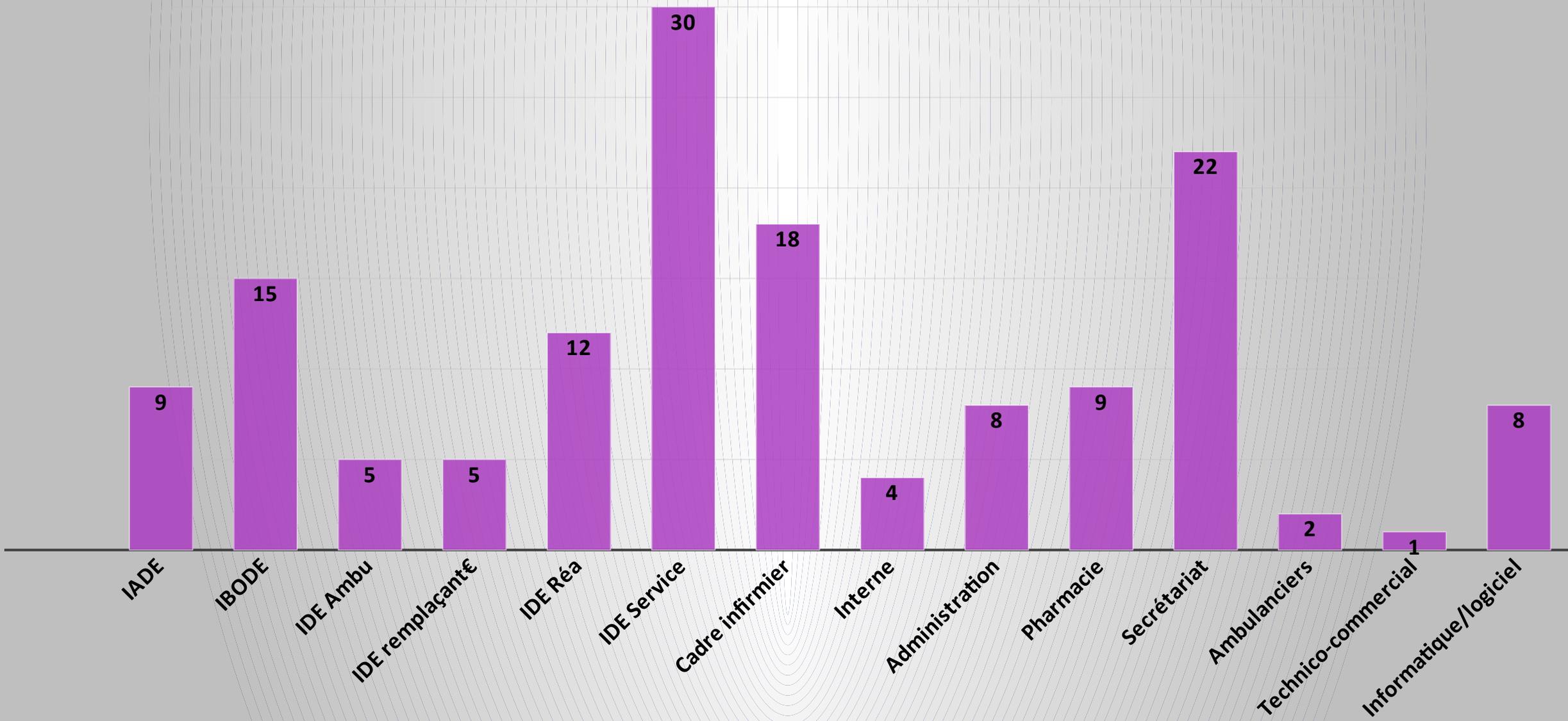


NB: L'inexpérience est attribuée à un un jeune acteur de santé en voie d'apprentissage: interne, jeune diplômée etc...

Médecins en cause
(MAR= Médecin Anesthésiste-Réanimateur)



B: Paramédicaux/Internes/Autres intervenants



III : BARRIÈRES QUI ONT FONCTIONNÉ

- La check-list est retrouvée 23 fois
- Une discussion constructive entre les PDS : 5 fois
- Le « staff » préopératoire ; 2 fois
- L'intervention d'un membre de l'équipe :
 - MAR : 99
 - Chirurgien lui-même : 152 (biais évident...)
 - Médecin traitant/Médecin SSR/Radiologue/Urgentiste/Pharmacien : 9
 - IDE Ambulatoire : 2
 - IBODE/IADE : 4
 - IDE Service : 9
 - Appel de la famille : 3
 - Le patient lui-même : 1
 - L'ambulancier : 1

IV : BARRIÈRES QUI N'ONT PAS FONCTIONNÉ

Elles sont variées à l'extrême, mais on retrouve la check-list en défaut 22 fois :
soit non faite, soit mal faite

V : LES CIRCONSTANCES ET CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT

- A: Les circonstances relatives à l'anesthésie sont retrouvées 55 fois :
 - Locale au lieu d'AG : 10
 - AG au lieu de locale : 5
 - ALR au lieu d'AG : 5
 - AG au lieu d'ALR : 7
 - Rachis-anesthésie au lieu d'AG : 4
 - Défaut de consentement : 10
 - Patient non à jeun : 7
 - Bilans biologiques ou compte-rendu non vus ou incomplets : 7

V : LES CIRCONSTANCES ET CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

- B: Allergies :18
Latex : 2
AINS : 1
Héparine : 6
Produit de contraste iodé : 9
- C: Pas de document d'imagerie : 4
- D: Les antiagrégants plaquettaires (AAP) sont très fréquemment cités : 49 fois, soit :
Non arrêtés : 11
Arrêtés de façon intempestive : 17
Maintien de 2 AAP : 21

V : LES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

- E: Les Anticoagulants (AC) et nouveaux AC (NACO) occupent une place prépondérante :
76 fois

Pas d'arrêt des AVK : 33

Pas de traitement AC : 17

Héparine + AVK : 1

Anti coagulation excessive : 5

Deux AC : 1

Pas d'arrêt de l'AC : 5

Arrêt intempestif de l'AC : 4

Pas de relais HBPM : 6

Poursuite des NACO : 4

V : LES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

- F: Les bilans et traitements cardiologiques préopératoires sont source de 21 reports :
Demande tardive d'échocardiographie de stress : 7
Demande de coronarographie : 7
Mise en place de stents actifs ou utilisation d'un ballon actif : 7
- G: Les antibiotiques non faits ou non marqués : 5
- H: Erreurs : 34
De patient : 1
De côté ou de technique anesthésique : 15 (ALR du mauvais côté ou non indiquée)
Erreur de marquage préopératoire : 3 ou absence 2
Erreur dans le choix de la technique opératoire : 6 dont 2 radiofréquences/éveinage

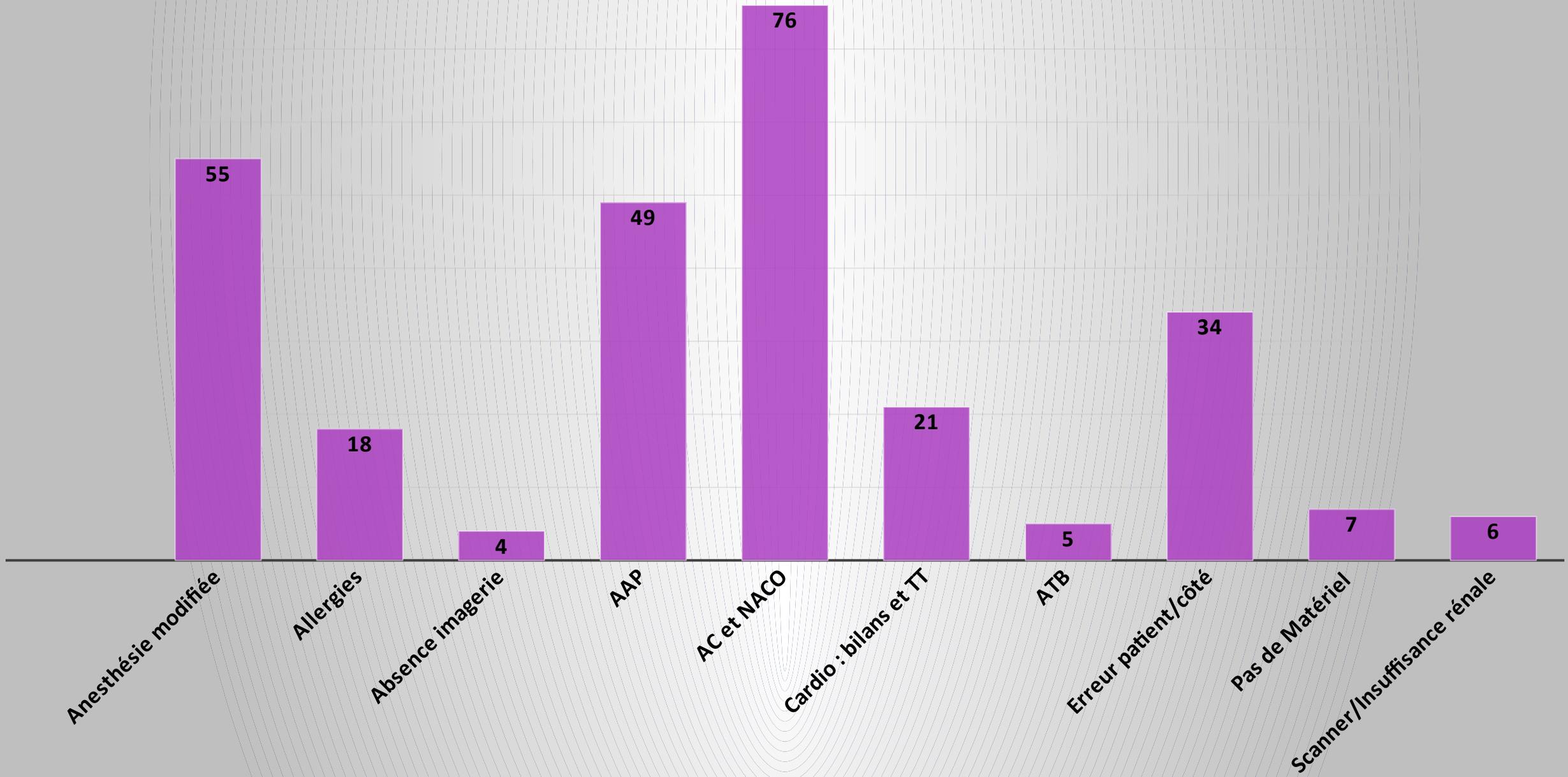
V : LES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

- I: Problème de matériel non disponible ou non stérile : 7

Commentaire : contrairement à ce qui se passe chez nos collègues orthopédistes, les problèmes liés au matériel sont rares : ils correspondent le plus souvent à un DMI utilisé en garde par un confrère ou un matériel livré hors délais

- J: En dehors des procédures chirurgicales, il y a eu une demande inappropriée de d'angiocanner en présence d'une insuffisance rénale sévère 6 fois (# 1%)

V : Circonstances et conséquences les plus fréquentes



VI : LES FACTEURS FAVORISANTS

- **A: La notion de remplaçant** : anesthésiste peu ou pas rompu aux habitudes du service, difficulté de maîtrise de certaines techniques (blocs tronculaires notamment). Chez les paramédicaux on retrouve très souvent le manque de pratique, la méconnaissance des habitudes du service, de l'informatique. L'incompétence notoire reste anecdotique
- **B: Le défaut de communication orale ou tracée** avec la formule : « Je croyais que l'anesthésiste avait prescrit... et inversement » aboutit généralement à l'absence de prescription. La prescription écrite prend ici tout son sens
- **C: La mésentente du binôme chirurgien/MAR** ou entre collègues chirurgiens est la voie royale de l'EIAS

VI : LES FACTEURS FAVORISANTS (SUITE)

- **D: La prise en charge d'un patient dans un service différent** est pourvoyeuse de beaucoup de déclarations. C'est caricatural pour les patients insuffisants rénaux
- **E: Le bilan cardiologique** est source de beaucoup de contretemps... demande tardive d'examens, retard lié aux délais de rendez-vous etc...
- **F: A contrario le surmenage** n'est que modérément mentionné, bien que son effet doive s'effectuer en tâche de fond

VI : LES FACTEURS FAVORISANTS (SUITE)

- **G: Les périodes estivales**, surtout les départs en vacances, les week-end et jours fériés apparaissent notamment du fait d'un manque de transmissions élaborées
NB : ce phénomène n'est rapporté qu'exceptionnellement au niveau infirmier.
- **H: L'outil informatique**. Outre le manque de pratique pour les remplaçants, il est souvent déploré le manque de compatibilité entre les logiciels de consultation chirurgicale, du MAR et du service. Malgré tout l'explosion des problèmes liés à l'informatique qui avaient d'ailleurs fait l'objet d'un EPR ciblé pour Vascurisq ne ressort pas massivement dans les déclarations. Il faut y voir l'amélioration des logiciels et l'appropriation de ces derniers par les PDS.

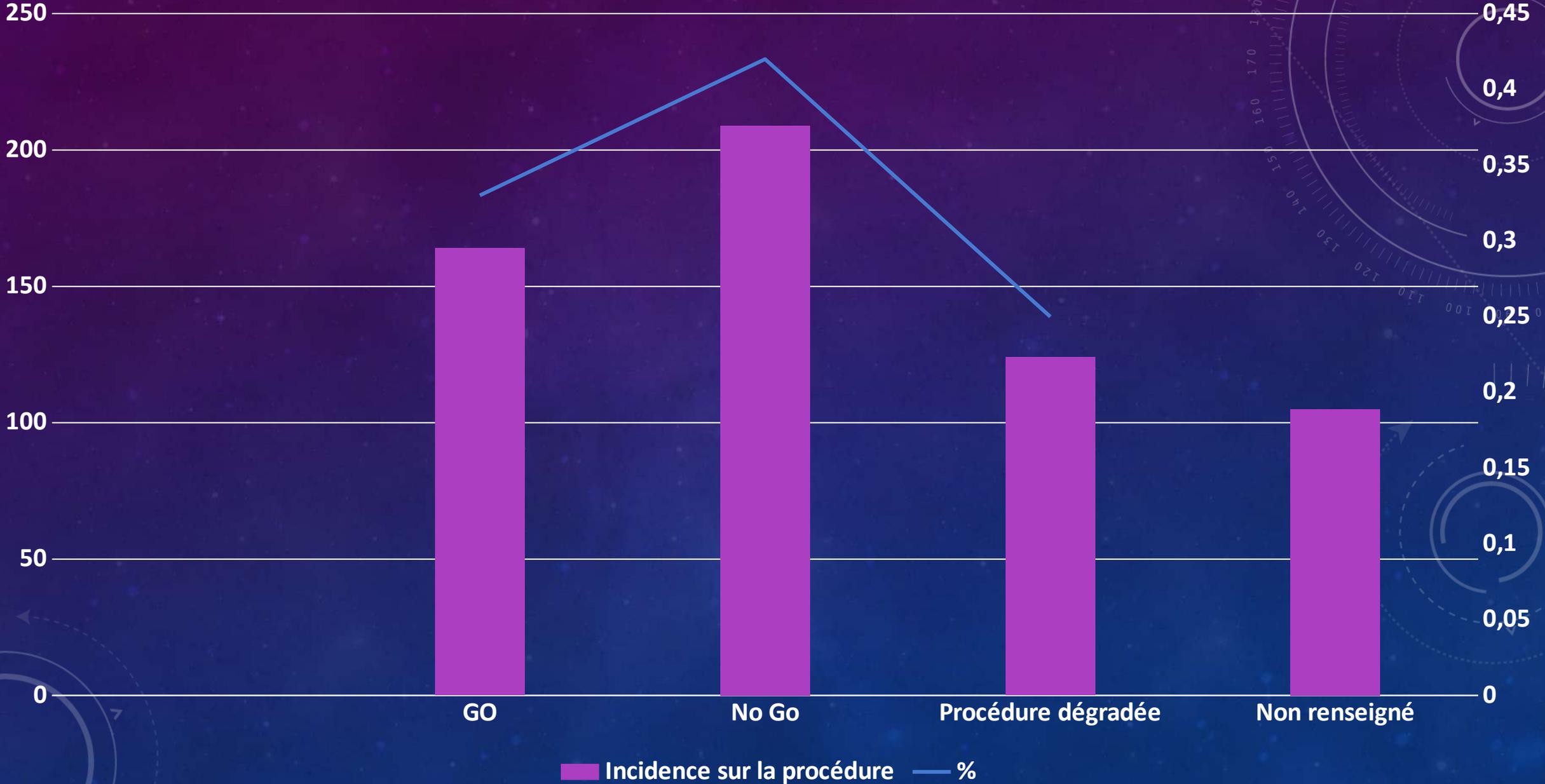
VII : GO, NO GO ET PROCÉDURE DÉGRADÉE (PD)

- Une des informations les plus inattendues de l'étude croisée des 2 champs « Que s'est-il passé » et « Analyse » est la fréquence des cas où le projet médical a été modifié : c'est la situation de Go, No Go et Procédure dégradée (Pd).
- Par « Go », il faut entendre une procédure qui a été poursuivie à tort (prise de risque) ou à raison, quand l'obstacle était mineur et a été rapidement réglé.
Par « No Go », il faut entendre une procédure qui a été annulée, reportée.
Par « Pd », il faut entendre une procédure qui a été différée de quelques minutes à quelques heures ou qui a entraîné une modification dans la technique (AG au lieu d'ALR), un changement de matériel (utilisation du vieil amplificateur de brillance, quand le neuf est utilisé ailleurs) ou encore utilisation d'un autre dispositif médical implantable ou non (ballon de 8mm au lieu de 9mm ; stent de marque différente, parfois même de taille...)

VII : GO, NO GO ET PROCÉDURE DÉGRADÉE (PD) (SUITE)

- « Go » : 164 ; 33% des intentions de procédure
- « No Go » : 209 ; 42% des intentions de procédure
- « Pd » : 124 : 25% des intentions de procédure
- Non renseigné ou non applicable : 105 fois
- *Commentaire : ces résultats peuvent paraître considérables en termes de défaut de « performance » et « d'efficacité », mais il faut garder à l'esprit le cœur même de cet EIAS ciblé, qui aboutit très souvent, par définition, à l'arrêt ou la modification du projet thérapeutique. Rappelons que le but de la prise en charge était thérapeutique dans 566/602 des cas : 94%*

Incidence sur la procédure



TROISIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

I : SYNTHÈSE

- Le défaut de communication et de coopération entre les PDS est flagrant dans le processus qui aboutit à l'EIAS.
- Le couple chirurgien/anesthésiste est le plus fréquemment retrouvé
- Le « défaut de communication » n'est pas synonyme d'hostilité: dans 50 cas nous avons estimé qu'il y avait plus un désaccord qu'un manque de collaboration
- Ceci est le témoin d'une discussion argumentée sur un projet thérapeutique dont le patient peut tirer un bénéfice même si son intervention est reportée pour un motif valable
- La mésentente affichée reste rare dans le binôme chirurgien-anesthésiste (17 cas caractérisés sur 23 refus de coopération). A noter qu'elle n'est pas non plus exempte entre chirurgiens associés ou collaborateurs...

TROISIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

I : SYNTHÈSE (SUITE)

- Deux spécialités interfèrent souvent avec le chirurgien vasculaire : les cardiologues et les néphrologues
- **Les cardiologues** sont souvent demandeurs d'explorations complémentaires, qui peuvent retarder l'acte opératoire.
 - Ailleurs, ils réalisent sans concertation des gestes complémentaires (stents actifs notamment) qui obèrent le projet chirurgical.
 - Leur conception différente des AC et des NACO est à l'origine de malentendus et mésentente
 - A contrario, ces explorations peuvent déboucher sur un traitement cardiologique salubre pour le patient.
- **Les néphrologues**, par la complexité de leurs patients, qui sont hospitalisés dans des services forcément différents sont pourvoyeurs également de nombreuses situations à risque.

TROISIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

I : SYNTHÈSE (SUITE)

- **Le maniement des AAP, AC classiques et des NACO est un véritable problème** : l'avis du chirurgien, du MAR et du cardiologue est rarement consensuel. Beaucoup de situations de « No Go » en découlent. De plus les indications d'arrêt, de reprise des différents produits et leur dosage est très variable
- La maîtrise des produits de contraste iodés semble acquise pour la spécialité (6 cas seulement de demandes inappropriées d'angioscanner)
- La traçabilité écrite prônée depuis longtemps et facilitée par l'outil informatique entraine si elle est négligée, des oublis de prescription et des interférences médicamenteuses.

TROISIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

I : SYNTHÈSE (SUITE)

- La check-list est un outil nécessaire (et puissant) de la prévention des EIAS... mais pas infaillible, surtout si elle est incomplète. On ne sait pas dans combien de cas la check-list a été cochée, mais non faite, car il est difficile de rapporter cette attitude dans le contexte de la culture de prévention des risques... Elle est prise en défaut 22 fois. Nous n'avons pas mis en évidence de cas où la check-list réalisée de façon exhaustive s'est avérée défailante
- La communication de l'EIAS est plutôt bonne au sein de l'équipe : 564 fois, auprès de la famille et son entourage : 388 fois, encore correcte au sein de l'établissement : 244 fois, mais tombe à 9 pour « autres institutions » et 2 pour l'ARS...

TROISIEME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

II : LES BIAIS LIES AU DECLARANT

- Manque de sérieux : répartition gaussienne. Les déclarations de la « moyenne » sont correctes.
- Nombreux champs renseignés de façon très diverse, parfois fantaisiste, et le remplissage des champs de texte libre aboutit très vite à un embrouillamini difficilement exploitable
- Le champ CIM 10 n'est pas renseigné dans 34,9% des cas et pourtant tous les patients ont une pathologie...
- Certaines déclarations ne devraient pas être acceptées en l'état, ne serait-ce que pour ne pas faire outrage à la langue française.
- Le chirurgien se déclare rarement le premier responsable dans le défaut de communication et/ou coopération (15 fois), alors que le MAR est cité 183 fois. L'autocritique est difficile à faire ...
- **Ceci fait, une fois de plus, la démonstration que la déclaration d'un EIAS n'est d'aucune manière l'occasion de mettre en cause d'autres intervenants, mais l'opportunité de mettre en évidence des dysfonctionnements et d'en comprendre les raisons.**

TROISIÈME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES BIAIS

II: LES BIAIS LIES À L'AUTEUR

- C'est de faire le choix d'une analyse puis une synthèse des champs « Que s'est-il passé » et « Analyse » plutôt que s'en tenir à la casuistique contenue dans les champs à réponse courte et fermée, jugée parfois assez stérile
- C'est là qu'intervient une part de subjectivité : quand le traducteur devient interprète...

QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS

- A: Se parler... et s'écrire ! L'informatique est là pour nous aider, l'écrit n'a pas qu'une valeur médico-légale : elle prévient indiscutablement les erreurs. L'argument de la perte de temps occasionnée est fallacieux, car l'informatique, loin d'être chronophage, peut épargner du temps dans les tâches répétitives
- B: Une formation au maniement des AAP, des AC classiques et des NACO avec des mises au point régulières sur les consensus et les recommandations est impérative

PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS (SUITE)

- C: Des conférences de consensus entre les cardiologues, MAR et chirurgiens doivent aboutir à des protocoles clairs. C'est peut-être là le domaine où la cacophonie règne en lieu et place de la communication. Ceci pourrait être le sujet d'une formation présentielle ultérieure de Vascurisq
- D: Pour les AAP et AC, le même type de message, mais inversé, peut être adressé aux urologues et orthopédistes, qui par peur de l'hémorragie interrompent parfois de façon intempestive les traitements anticoagulants

PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS (SUITE)

- E: Les relations avec nos collègues néphrologues mériteraient d'être plus protocolisées du fait de la complexité des patients dont ils ont la charge : poly-vasculaires par excellence, horaires de dialyse, patients souvent multi opérés, anticoagulants, transferts incessants de centres ou services différents. Tout cela est largement pourvoyeur d'EIAS
- F: Une plus grande rigueur doit être exigée de la part des déclarants pour pouvoir tirer un meilleur parti de leurs écrits
- G: Cette remarque s'applique a fortiori à nous même, les experts afin d'affiner les analyses et faire mieux ressortir les dysfonctionnements

Vascurisq

CLINIQUE SAINT PRIVAT- BÉZIERS



Réunion des experts VASCURISQ, Nice le 29 Juin 2018

Réunion des experts
VASCURISQ, Nice 29/6/2018

