

EVENEMENTS INDESIRABLES EN CHIRURGIE VEINEUSE: ANALYSE A PARTIR DE LA BASE DE DONNEES REX DE LA HAS

Grégoire LE BOURGEOIS, Assistant Spécialiste, Chirurgie Vasculaire, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, FRANCE
 Jessica MOREL, MD, Chirurgie Vasculaire, Medipôle de Savoie, Challes-les-Eaux, FRANCE
 Rafaëlle SPEAR, PUPH, Chirurgie Vasculaire, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, FRANCE

Laure AZEMA, MD, Chirurgie Vasculaire, Centre Médical Mistral, Guilhaumand-Granges, FRANCE
 Philippe NICOLINI, MD, Chirurgie Vasculaire, Clinique du Parc, Lyon, FRANCE
 Patrick FEUGIER, PUPH, Chirurgie Vasculaire, CHU Lyon Sud, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION

- Analyse des causes et des conséquences des EIAS en chirurgie veineuse (déclarations Vascurisq).
- Objectif secondaire: définir des recommandations de sécurité-patient¹

	VS (74/81 soit 91,4%)	Total (81 soit 100%)
Conséquences	63/74 (85,1%)	69/81 (85,2%)
Equivalent score de Clavien		
1	17/74 (23%)	17/81 (21%)
2	16/74 (21,6%)	16/81 (19,8%)
3	11/74 (14,9%)	12/81 (14,8%)
4	0/74 (0%)	1/81 (1,2%)
Retard de PEC	28/74 (37,8%)	30/81 (37%)
Financière	52/74 (70,3%)	56/81 (69,1%)

Tableau 4 : Conséquences des EIAS

	Veineux superficiel (91,4%)	Total (100%)
Défaut matériel	17/74 (23%)	19/81 (23,5%)
Transmission d'information	53/74 (71,6%)	56/81 (69,1%)
Défaut d'info pré-op (identité, dossier)	8/56 (14,3%)	
Défaut de Check list « SPBO »	6/56 (10,7%)	
Défaut de communication chaîne soignante	42/56 (75%)	
Dont Echomarquage	8/56 (14,3%)	
Défaut d'encadrement du personnel	8/56 (14,3%)	
Consignes non suivies par le patient	4/56 (7,1%)	
Erreur Pharmacologique	9/74 (12,2%)	9/81 (11,1%)
Erreur technique	7/74 (9,5%)	10/81 (12,3%)
Liées au terrain du patient	18/74 (24,3%)	18/81 (22,2%)

Tableau 2 : Causes des EIAS

METHODE²

- EIAS de 2016 à 2023
- 6 périodes de survenue
- 5 catégories de causes: défaut matériel, défaut de transmission de l'information³, erreur technique, pharmacologique ou liée au terrain du patient.
- Evaluation des conséquences médicales ou d'un impact financier

RESULTATS

- 81 EIAS dont 75.3% considérés comme évitables⁴
- Défauts:
 - Transmission de l'information: 69,1%, dont 75% par manque de communication dans la chaîne soignante
 - Matériels: 23,5%
 - Liés au patient: 22,2%
 - Technique: 12,3%
 - Pharmacologiques: 11,1%
- 65.4% des EIAS avaient lieu le jour J, dont 32.1% en peropératoire et 24,7% avant incision
- 85.2% des EIAS responsable d'une conséquence:
 - Financières: 69.1%
 - Retard de prise en charge: 37%.
 - Peu graves : 40.7%.
 - Conversion chirurgicale / reprise: 14.8%

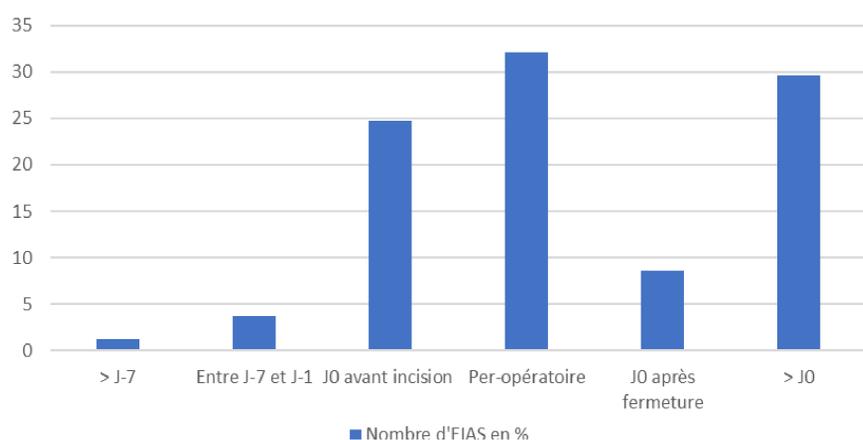


Figure 2 : délai de survenue des EIAS

PROGRAMMATION CHIRURGICALE	PROGRAMMATION ANESTHESIQUE
Opérateur :	Anesthésiste de consultation :
Date opératoire :	Examens complémentaires demandés :
Degré d'urgence :	Anesthésie envisagée :
Mode d'hospitalisation envisagé : ambu / HC	Matériel spécifique :
Intervention :	Patient ininterrogeable / mineur :
Côté :	Patient dialysé (jours de dialyse) :
Position et installation en salle :	Ordonnances relais anticoagulants :
Durée prévisible :	Date d'arrêt des anticoagulants :
Caractère hémorragique prévisible :	
Anesthésie demandée :	
Anticoagulation / AAP : relais envisagé	
Matériel spécifique / Ampli / Echographe	
Fiche d'information pré-opératoire :	
Commentaire / Alerte:	Commentaire / Alerte:
Contact : Mail / Téléphone du secrétariat :	Contact : Mail / Téléphone du secrétariat :
Signatures :	Signatures :
PROGRAMMATION BLOC OPERATOIRE	PROGRAMMATION SECRETARIAT
Matériel spécifique:	Date des RDV
- Disponible / En stock	- Anesthésique
- En commande : date de livraison	- Echomarquage + Lieu
- Non disponible	- Consultation chirurgicale pré-opératoire
Instrumentiste / IBODE :	- Consultation chirurgicale post-opératoire
- Nombre	- Date hospitalisation + lieu
- Compétence : intérimaire, en formation, nouvelle	Consignes pré-opératoire :
Spécificité de salle :	- Dépilation / jeune
- Problème de fonctionnement	Ordonnances pré-opératoire :
- Equipement défectueux	- contention veineuse
Risque prion / Classe septicité	Intégration des examens complémentaires au dossier
Commentaire / Alerte:	Commentaire / Alerte:
Contact : Mail / Téléphone du secrétariat :	Contact : Mail / Téléphone du secrétariat :
Signatures :	Signatures :

Annexe : Check-list programmation chirurgicale / Passeport ambulatoire approfondi

CONCLUSION

- Renforcer les barrières existantes (HAS): check-list SPBO...^{5,6,7,8}
- Intégration de l'impact financier à Vascurisq⁹
- Proposition d'une check-list programmation spécifique à la chirurgie veineuse

REFERENCES

- Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1999 May 3;170(9):411-5
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ. 1998 Apr 11;316(7138):1154-7.
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The critical importance of communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004 Oct;13 Suppl 1(Suppl 1):i85-90.
- [cited 2023 Sep 28] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee67.pdf>
- 1_ssp_no_go.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/1_ssp_no_go.pdf
- points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes_reanimateurs_et_chirurgiens.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes_reanimateurs_et_chirurgiens.pdf
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009 Jan 15 29;360(5):491-9.
- check_list_materiel.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/check_list_materiel.pdf
- Rigby KD, Litt JC. Errors in health care management: what do they cost? Qual Health Care QHC. 2000 Dec;9(4):216-21.

