

GESTION D'UN ACCIDENT D'ANESTHESIE

Titre courant « Accident d'Anesthésie »

Professeur J. MARTY
Hôpital Henri Mondor
Chef du pôle Réanimations, Anesthésie, SMUR
Chef du service d'Anesthésie-Réanimation-SAMU 94
51 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94010 CRETEIL
Tel : 01 49 81 43 45
Fax : 01 49 81 43 48
E-mail : jean.marty@hmn.aphp.fr

Points importants

- La conduite à tenir en cas d'accident anesthésique doit être codifiée et doit faire l'objet d'une procédure écrite dans toutes les structures.
- La relation avec le patient et-ou sa famille doit maintenir la confiance.
- Une information factuelle immédiate et une attitude compassionnelle sont des éléments clés.
- Le médecin et-ou l'IADE doivent être déchargés de leur activité clinique après un accident.
- Une stratégie médicale visant à atténuer ou à supprimer les séquelles est nécessaire ce qui suppose de maintenir une compétence (et une procédure écrite pour aider) vis-à-vis des complications même rares.
- L'analyse de la complication doit être minutieuse et consignée par écrit.
- Le débriefing de l'accident par l'analyse systémique permet de proposer des actions correctrices visant à améliorer l'organisation.

La survenue d'un accident anesthésique est un événement dramatique. Même si la fréquence des décès directement imputables à l'anesthésie semble avoir diminué [1] les complications, qu'elles soient graves ou non, restent fréquentes mettant l'anesthésie dans les spécialités à haut risque pour les compagnies d'assurance [2]. Du reste, des mesures réglementaires ont été mises en place pour améliorer la sécurisation du processus anesthésique et pour sensibiliser et inciter les anesthésistes à analyser leurs complications pour maîtriser ce risque.

Quoi qu'il en soit, la crainte de poursuites médico-légales, le contexte émotionnel fort et l'absence de formation, amène très souvent à un comportement inadapté face à un accident d'anesthésie. Le but de ce texte est de codifier la conduite à tenir face à un accident anesthésique pour aider à la mise en place de procédures adaptées dans toutes les structures. De plus, nous verrons comment l'analyse de l'accident peut, dans le cadre de l'analyse systémique, aider à corriger les défauts organisationnels pouvant être à l'origine de ces accidents.

I – Relation avec le patient et la famille

Une relation immédiate, honnête et compassionnelle avec le patient et ou sa famille est essentielle quand survient un accident anesthésique. Pourtant, cette partie de la gestion d'un accident anesthésique est probablement la moins bien effectuée. De fait, un déficit de communication est perçu défavorablement et est un élément de suspicion additionnel considéré comme étant une raison majeure de dépôt de plainte [3].

- Etablir un dialogue immédiat. Le patient et ou sa famille doit être informé rapidement de tout incident sérieux. En pratique il est nécessaire que le patient soit prêt physiquement et psychologiquement à recevoir et à comprendre ces informations. Cet échange est un élément essentiel de la confiance. Quand la communication n'est pas possible avec le patient, le dialogue doit être établi dans les meilleurs délais avec les

membres de la famille ou la personne de confiance. En ce qui concerne le contenu, il doit être factuel expliquant ce qui s'est passé, les conséquences immédiates et potentielles et la survenue d'éventuelles séquelles. En plus de cette information factuelle, le médecin doit reconnaître la réalité de la complication et exprimer son regret. En cas d'erreur évidente, celle-ci doit être admise, la responsabilité acceptée et l'engagement à rechercher les explications à la survenue des événements doit être pris. Enfin, il est utile d'indiquer en quoi des actions ont été entreprises pour atténuer les conséquences de l'accident. Cette étape est décisive dans un contexte où l'anxiété, la colère et l'effroi favorisent la sensation d'isolement, la frustration et la perte de confiance [4]. Il est tout à fait compréhensible que la relation avec le patient ou sa famille se complique et que des sentiments opposés soient engendrés par la survenue d'une complication imputable à ceux en qui ils avaient confiance pour les soigner. La littérature est à ce sujet éclairante. La plupart des patients souhaitent être informés des complications et que la réalité de celle-ci soit acceptée et non pas niée [5]. L'acceptation de la responsabilité et les excuses redonnent de la dignité au patient et instaurent à nouveau le respect mutuel dans la relation.

- De façon plus détaillée, la communication rend compte du type de complication . si la complication est de cause inconnue ou imprévisible, le médecin exprime son regret et explique ce qui est arrivé et ce qui a été fait pour atténuer les conséquences de l'accident. Il est essentiel de s'assurer que le patient comprend qu'il ne s'agit pas d'un défaut de soin, mais d'un risque inhérent à la pratique. Ceci souligne l'intérêt, s'il en était besoin, de la consultation d'anesthésie, au cours de laquelle un consentement libre aux soins proposés a été obtenu après des explications loyales et complètes. Il est évident que ceci n'est pas possible en l'absence de consultation ou quand celle-ci est

d'une durée inférieure au temps minimum permettant d'établir un contact relationnel avec un patient.

. si la complication est liée à une erreur ou à un défaut de soins, une explication claire est nécessaire sans blâmer qui que se soit, et, il convient d'indiquer ce qui sera fait pour éviter que ceci survienne à nouveau pour d'autres patients. Les excuses sont toujours de mise.

→ Plus schématiquement, il faut dire ce qui est survenu sans entrer dans les détails des « comment et pourquoi » qui nécessiteront une analyse approfondie (cf. plus loin). Les spéculations doivent être évitées car les premières conclusions sont souvent retenues comme définitives.

→ Que l'accident soit le résultat d'un acte spécifique ou non, le médecin en charge doit prendre la responsabilité pour maintenir la confiance dans la relation. Le fonctionnement particulier de notre spécialité (cogestion avec l'opérateur et nécessité de la continuité des soins) fait que l'anesthésiste qui était responsable du patient n'est pas nécessairement présent. Une discussion avec le chirurgien est souhaitable pour les complications impliquant un accident cogéré.

→ L'entretien doit se faire dans une pièce privée, confortable et tranquille.

→ La continuité de la communication est indispensable pour fournir les éléments d'explications quand ils sont obtenus. La prise en charge des séquelles de la complication doit se faire dans le même esprit. Il est parfois nécessaire au-delà des aspects médicaux de proposer une assistance psychologique pour réduire le traumatisme consécutif à la brutalité de la survenue de la complication.

II – Prise en charge du médecin et-ou de l'IADE impliquée

Tout comme le patient et sa famille, l'équipe soignante est soumise à un stress post événementiel très éprouvant et qui compromet son aptitude à continuer son travail [6].

Ce concept est peu répandu car les médecins sont éduqués dans un schéma de grande force mentale et d'infaillibilité. La fonction première du soignant est de ne pas nuire (*primum non nocere*) ce qui ne facilite pas l'acceptation de la fragilité du soignant comme tout autre être humain face à un traumatisme. L'intériorisation de telles expériences est sans aucun doute néfaste.

Il est souhaitable d'avoir élaboré dans la structure un programme spécifiquement dédié à ce problème avec : 1) une information des soignants ; 2) une procédure spécifiant le remplacement en cas de problème et à qui recourir pour encadrer le processus en cas d'accident.

III - Management de l'accident

L'évolution d'une complication vers un accident n'est pas une fatalité.

Il est essentiel de prendre toutes mesures thérapeutiques visant à atténuer voir à supprimer les conséquences de la complication. Ceci pose le problème du maintien de la compétence des anesthésistes et des IADE dans des situations rares ou peu fréquentes. Si le simulateur est un outil considéré comme efficace, les réunions de service et les procédures écrites sont utiles pour permettre aux concernés de trouver rapidement une réponse adaptée alors que le stress de l'événement peut faire oublier les bonnes attitudes voire en induire de mauvaises. Le recours à des documents écrits (à condition qu'ils soient disponibles sur le site) permet de fonctionner en mode « automatique » sans recourir au raisonnement réactif très altéré en cas de stress.

Le deuxième volet du management de l'accident consiste à recueillir toute information pour reconstruire ensuite la séquence des événements. Il faut conserver tels quels les seringues, matériel et sacs à déchets, et équipements. Il est judicieux de faire avec l'aide d'un collègue formé, le compte-rendu détaillé des événements ainsi que le témoignage des soignants impliqués. Ce compte-rendu sera complété par les résultats de diverses analyses ainsi que les tests des matériels. Le compte-rendu final d'accident sera ainsi fiable car une rédaction tardive est souvent associée à des erreurs.

Bien sûr, au moindre doute, la salle est fermée et dans tous les cas le programme interrompu car si un matériel défectueux est en cause, l'accident peut se répéter.

IV – Analyse de l'accident

Il n'est pas utile de reprendre tout l'argumentaire permettant à l'aide de l'analyse systémique des complications de trouver les causes racines en utilisant la méthode décrite par Charles VINCENT (ALARM) et ainsi de proposer des mesures correctrices en fonction de l'imputabilité des causes racines à un facteur donné (tableau) [7].

V – L'équipe d'analyse et de gestion du risque du service d'Anesthésie de l'hôpital Henri Mondor

Suivant les recommandations faites dans certaines structures, comme à Boston, nous avons mis en place dans le service d'anesthésie réanimation de l'hôpital Henri Mondor une équipe composée de médecins et d'infirmières, dédiée à l'analyse et à la gestion du risque.

- Ils effectuent avec les membres du service concerné, le débriefing des accidents et préparent ainsi les revues de morbi-mortalité qui permettent de proposer des mesures correctrices.
- Ils participent aux groupes de travail qui visent à améliorer la sécurité du processus anesthésique.
- Ils ont encadré les séances de formation facteurs humains et de CRM auxquelles tous les membres du service ont participé.
- Ils animent les formations organisées dans le service.

Cette équipe est du reste à la disposition des collègues en France qui souhaiteraient avoir un avis (bien entendu, confidentiel) sur un accident anesthésique et les méthodes permettant de mettre en place des procédures visant à sécuriser le processus anesthésique.

Références :

1. LIENHART A, AUROY Y, PEQUIGNOT F, BENHAMOU D, WARGASUSHNI J, BAUET M, JOUGAL E. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006 ; 105, 1087-97.
2. SICOT C, GAMBOULET N. Responsabilité (supplément) 25, 2007 ; 1-24. Editions du GAMM
3. VINCENT C, YOUNG M, PHILLIP A. Why do people sue doctors ? as study of patients and relatives taking legal action. *The lancet* 343, 1994 ; 1609-1614.
4. VINCENT C. Understanding and responding to adverse events. *New Engl. J. Med* 348, 2003 ; 1051-1056.
5. WITMAN AB, PARK DM, HARDIN SB. How do patients want physician to handle mistakes ? A survey of internal medicine patients in an academix setting. *Arch. Int. MED* 156, 1996 ; 2565-2569.
6. CHRISTENEN J, LEVISON W, DINN P. The heart of darkness : the impact of perceived mestalnes or physicians. *J. Gen. Intern Med.* 7, 1992 ; 424-431.
7. VINCENT C, TAYLOR-ADAMS S, CHAPMAN EJ et al. How to investigate and analyse clinical incidents : Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol. *BMJ.* 300, 2000 ; 777-81.

Tableau : 3^{ème} étape du modèle ALARM : Dimensions de facteurs favorisants systémiques

<u>Types de facteurs favorisants</u>	<u>Facteurs contributifs</u>
<u>1. Politiques</u>	Contraintes économiques ; politique de maîtrise des dépenses dans la structure. Contexte politique, social
<u>2. Liés à l'organisation</u>	Disponibilités financières et contraintes de la structure Organisation générale, politique de soins de l'établissement, priorités, missions Niveau de priorité donnée à la sécurité, au niveau des cadres et des dirigeants ; politique de gestion du personnel
<u>3. Liés aux conditions de travail</u>	Niveau adapté des intervenants, répartition des compétences, charge de travail et modes de relève ou de transmissions Ergonomie, disponibilité et adéquation du matériel nécessaire, qualité de l'entretien Qualité des relations entre soignants et administratifs, entre supérieurs et subordonnés
<u>4. Liés au fonctionnement de l'équipe</u>	Qualité de la communication écrite (dossiers) et orale ; qualité de l'encadrement Fonctionnement de l'équipe en tant qu'unité fonctionnelle: cohésion d'équipe, pérennité des pratiques, leadership, dynamique d'équipe, interactions entre individus
<u>5. Liés aux procédures opérationnelles</u>	Existence, qualité, disponibilité, utilisation réelle de protocoles de soins Qualité, disponibilité, facilité d'obtention d'exams, médicaments
<u>6. Liés aux individus</u>	Compétences théoriques et techniques, remises à niveau, adaptation au poste Santé physique et mentale, moral, caractère
<u>7. Liés au patient</u>	Etat de santé (gravité, complexité, urgence) Communication, langue, personnalité, problèmes sociaux