

Evènements indésirables graves au bloc opératoire : quelle implication pour l'anesthésie ? Analyse de 155 dossiers clos à SHAM

J.-P. GUERIN 1*, A. THEISSEN 1, F. FUZ 2, I. ROUQUETTE VINCENTI 1, V. PIRIOU 3, G. DE SAINT MAURICE 4 et Comité Analyse et Maîtrise des Risques de la SFAR

¹DAR, CH Princesse Grace, Monaco, Monaco, ²direction internationale, SHAM, ³anesthésie réanimation, HCL, Lyon, ⁴DAR, HIA Percy, Paris, France

Position du problème et hypothèses de l'étude: Un patient hospitalisé sur 10 est victime d'un évènement indésirable grave (EIG). Les 2/3 de ces évènements concernent des patients hospitalisés pour un acte chirurgical [1]. Dans près d'un quart des cas, l'EIG serait lié directement à un défaut de communication entre les membres de l'équipe [2].

SHAM, premier assureur en responsabilité civile médicale (RCM) en France (50% du marché), garantit 80% des établissements publics, 25 % des établissements privés. SHAM gère chaque année plus de 5000 réclamations liées à des préjudices corporels dont la moitié concerne la chirurgie.

Matériel et méthodes incluant la méthodologie statistique: Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective des dossiers clos de sinistres dus à un EIG survenus au bloc opératoire (ou dans les suites immédiates) avant 2010 et ayant fait l'objet d'une condamnation. Les dossiers d'obstétrique et d'infection nosocomiale ont été exclus.

L'objectif principal de notre étude était de rechercher pour les EIG survenus au bloc opératoire et ayant conduit à une condamnation, dans quelle mesure l'anesthésie était impliquée. L'objectif secondaire consistait à décrire les facteurs contributifs des évènements (facteurs individuels, défaut de communication, facteurs liés au patient...).

Résultats et Discussion : Les 155 dossiers analysés concernaient principalement 3 spécialités : orthopédie (36%), viscéral (17%) et gynécologie (12%).

Les conséquences ont été simples (n=36), graves (106) ou le décès du patient (13).

L'anesthésie a été impliquée dans 13 dossiers : défaut de position opératoire (n=3), bris dentaires (2), défaut de prise en charge post-op pour non admission en réanimation (2), absence de visite pré-op, mauvaise évaluation en CPA, défaut d'information anesthésique, erreur médicamenteuse, lésion nerveuse après rachianesthésie, erreur médicale de l'équipe.

La chirurgie reste donc majoritairement impliquée principalement pour des fautes techniques chirurgicales (70), un défaut d'information (21), un défaut de suivi post-opératoire ou un oubli de corps étranger (13).

Le facteur contributif de l'évènement est majoritairement un facteur cognitif de jugement (27%), un manque de vigilance (15%) ou un défaut de surveillance (11%).

Le défaut de communication au sein de l'équipe est retrouvé dans 22% des cas.

Conclusion: Bien que l'anesthésie soit rarement impliquée au premier plan dans la survenue de l'évènement indésirable, l'analyse de ces dossiers retrouve souvent un défaut de communication entre les acteurs.

Les facteurs humains que ce soit au niveau individuel ou de l'équipe sont quasiment toujours à l'origine de ces sinistres ce qui nous doit nous inciter à développer la simulation et les programmes d'amélioration du travail en équipe recommandés tout récemment par l'HAS.

Références: [1] étude ENEIS 2, DRESS 2011.

[2] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe

Remerciements: Claire Chabloz, Perrine Van Straaten, Claude Vacca, Cyrille Colin (CEPRAL Lyon) et

Isabelle Roze Nief, Béatrice Perron (SHAM).

Conflits d'intérêts: Aucun conflit à déclarer

Note moyenne	28.67	Note minimale	22
Ecart-type moyen	5.31	Note maximale	35
Nombre de relecteurs	3		