

# Problèmes Médico-Légaux : Jurisprudence , les cas les plus récents

***Paul-Michel Mertes***

Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Nouvel  
Hôpital Civil, EA 3072, FMTS de Strasbourg, Strasbourg, France.

**[paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr](mailto:paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr)**

***Germain Decroix***

**[germain.decroix@macsf.fr](mailto:germain.decroix@macsf.fr)**



55e REAGSO  
Mazamet

# Conflits d'Intérêt

- PM Mertes:
  - Membre du Groupe Hemovigilance Donneur ANSM
  - Président de l'OA-CFAR
- G Decroix
- Pas de conflit d'intérêt en lien avec la présentation



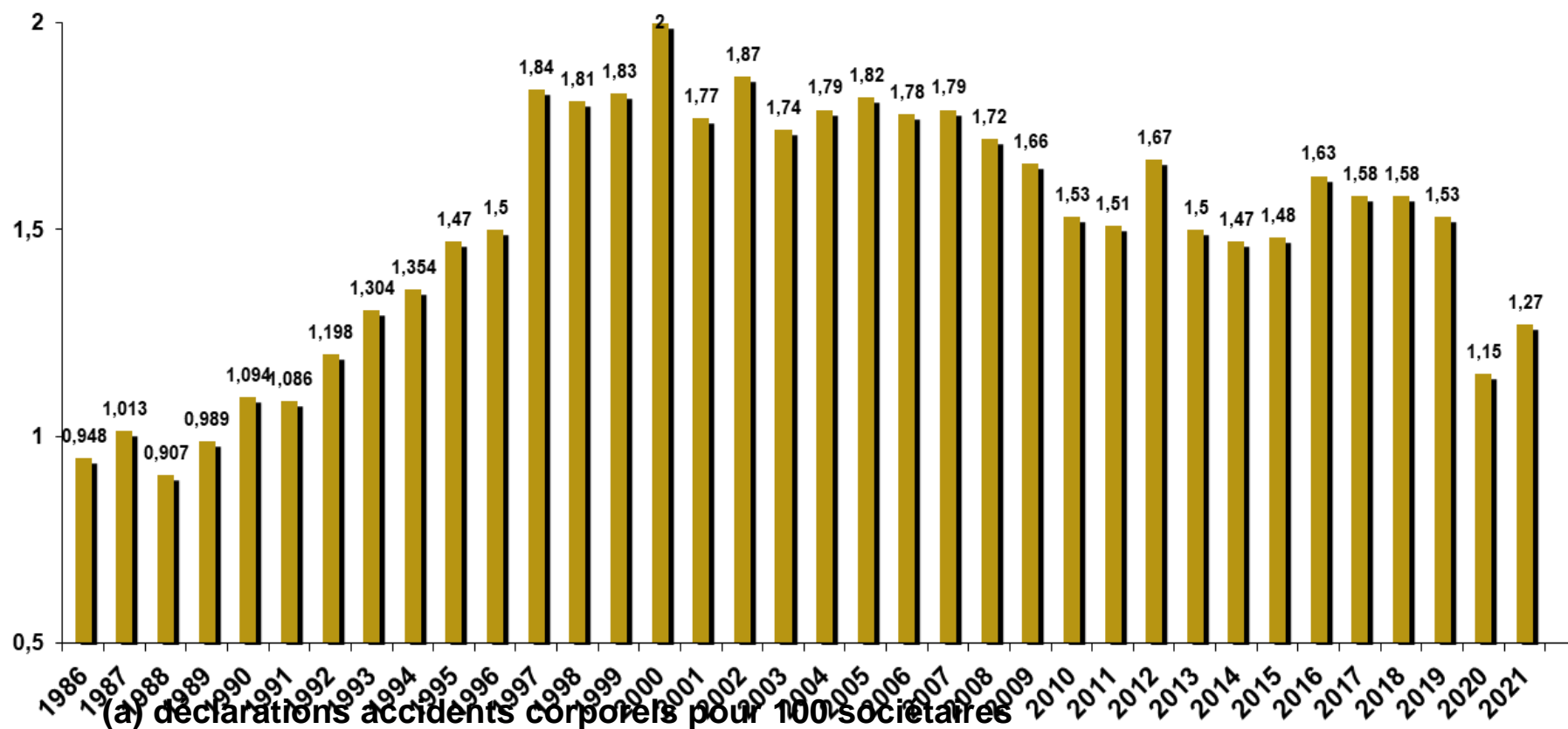
# SINISTRALITÉ ET EXEMPLES EN ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

---

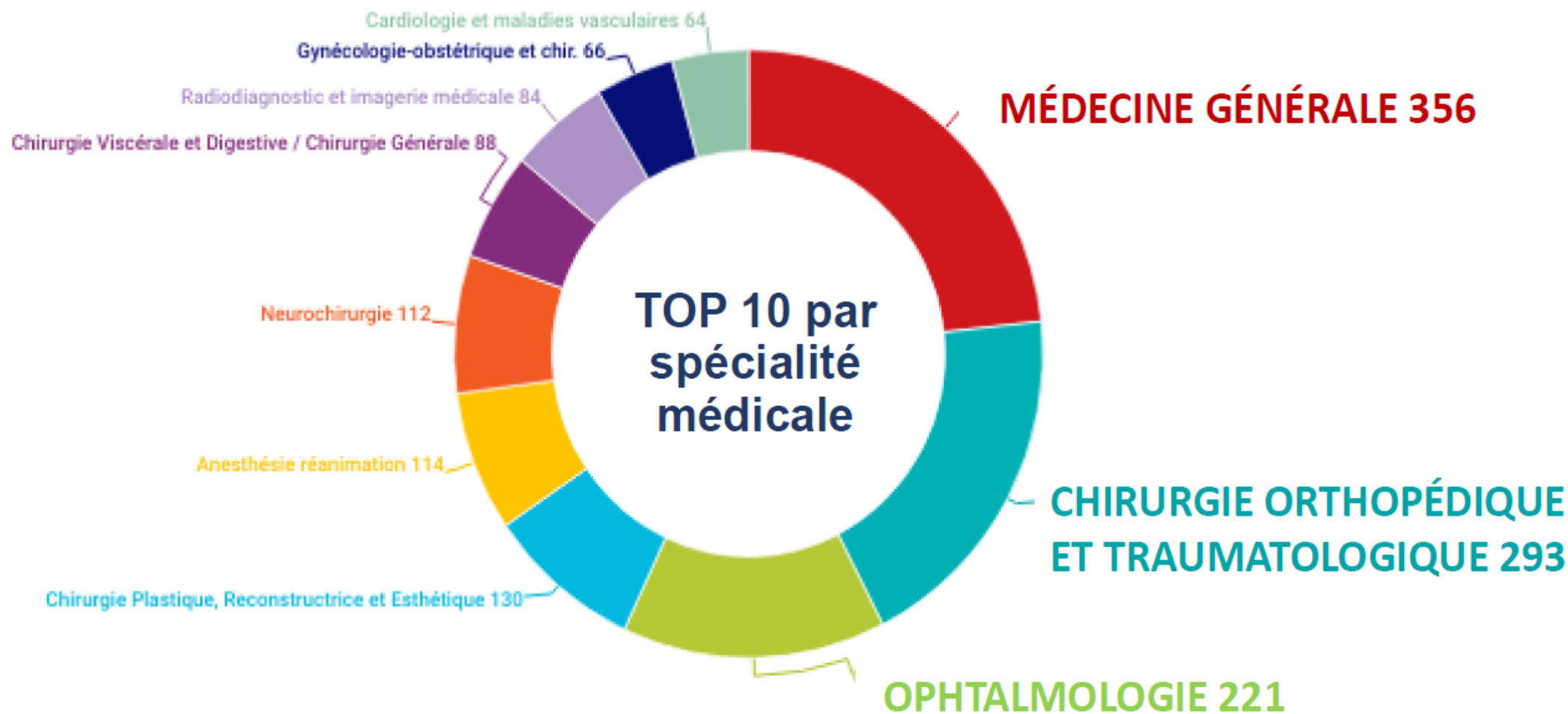
# SINISTRALITE (1985-2021)<sup>(a)</sup>

## MEDECINS (tous exercices et spécialités confondus)

156 777 sociétaires RCP au 31/12/2021 / 230 902 CNOM 2020 soit 67%



# Nombre de déclarations de dommages corporels Même TOP 3 des spécialités depuis 2018





# Médecins libéraux : une exposition au risque très hétérogène

## SINISTRALITE DES MEDECINS LIBERAUX – TOP 10

## TAUX DE SINISTRALITE

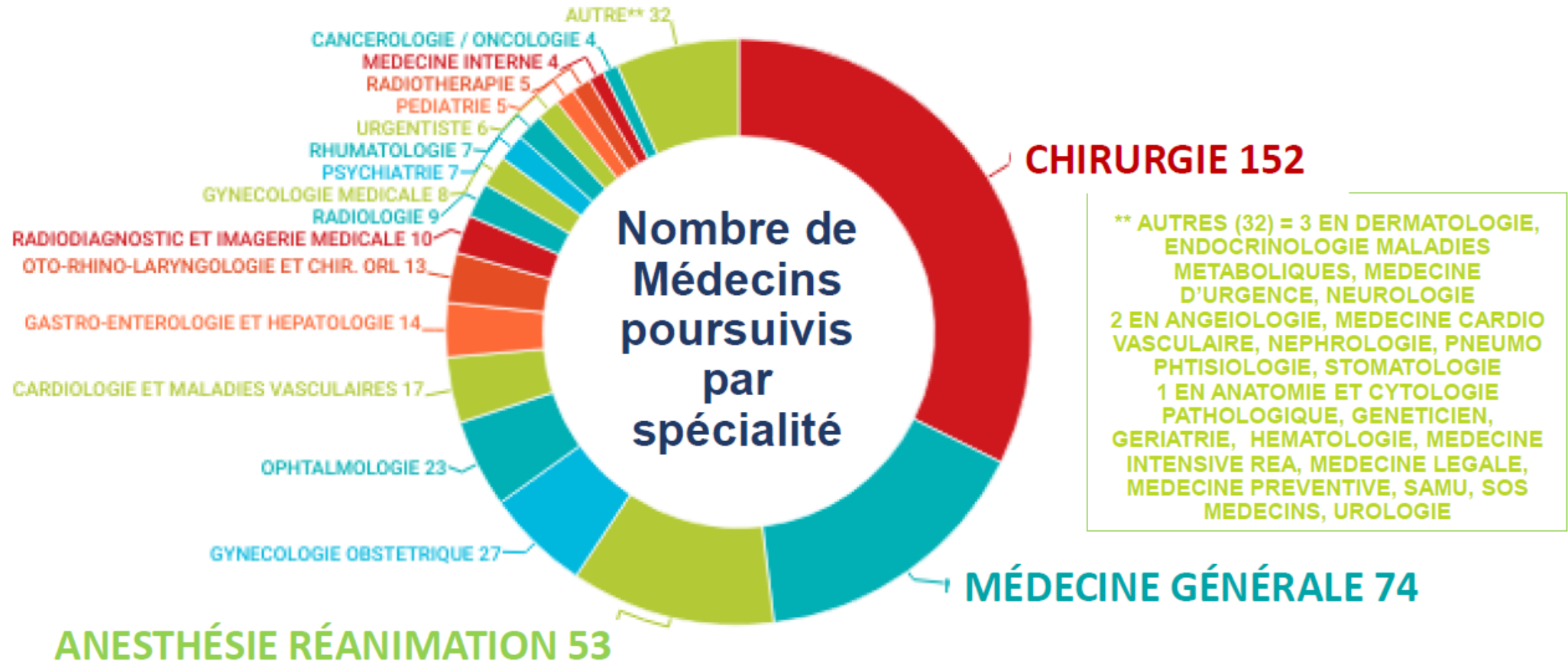
1. Neurochirurgie (1 <sup>er</sup> en 2020)	<b>84,48 %</b> (66,38 % en 2020)
2. Chirurgie Viscérale et Digestive / Chirurgie Générale (2 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>72,16 %</b> (49,00 % en 2020)
3. Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (3 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>48,01 %</b> (44,68 % en 2020)
4. Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (4 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>41,18 %</b> (33,66 % en 2020)
5. Chirurgie Urologique (5 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>16,57 %</b> (12,43 % en 2020)
6. Anesthésie réanimation (6 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>12,32 %</b> (11,43 % en 2020)
7. Médecine d'urgence (8 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>11,89 %</b> (8,82 % en 2020)
8. Oncologie(médicale, radiothérapie, onco-hématologie) (25 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>6,19 %</b> (1,07 % en 2020)
9. Ophtalmologie (11 <sup>ème</sup> en 2019)	<b>5,95 %</b> (4,66 % en 2020)
10. Gastro-entérologie et hépatologie (12 <sup>ème</sup> en 2020)	<b>5,83 %</b> (4,56 % en 2020)





# Décisions civiles – Focus médecins

## Même top 3 des spécialités depuis 2018



# Décisions civiles 2021 : les indemnisations en forte hausse



**49,1  
M€**

**de coût d'indemnisation**

*(29,4 M€ en 2020 – 42,3M€ en 2019)*

**+ 67 %**

**20 %**

**des décisions octroient des indemnisations > à 100 000 €**

*(17 % en 2020 – 16% en 2019)*

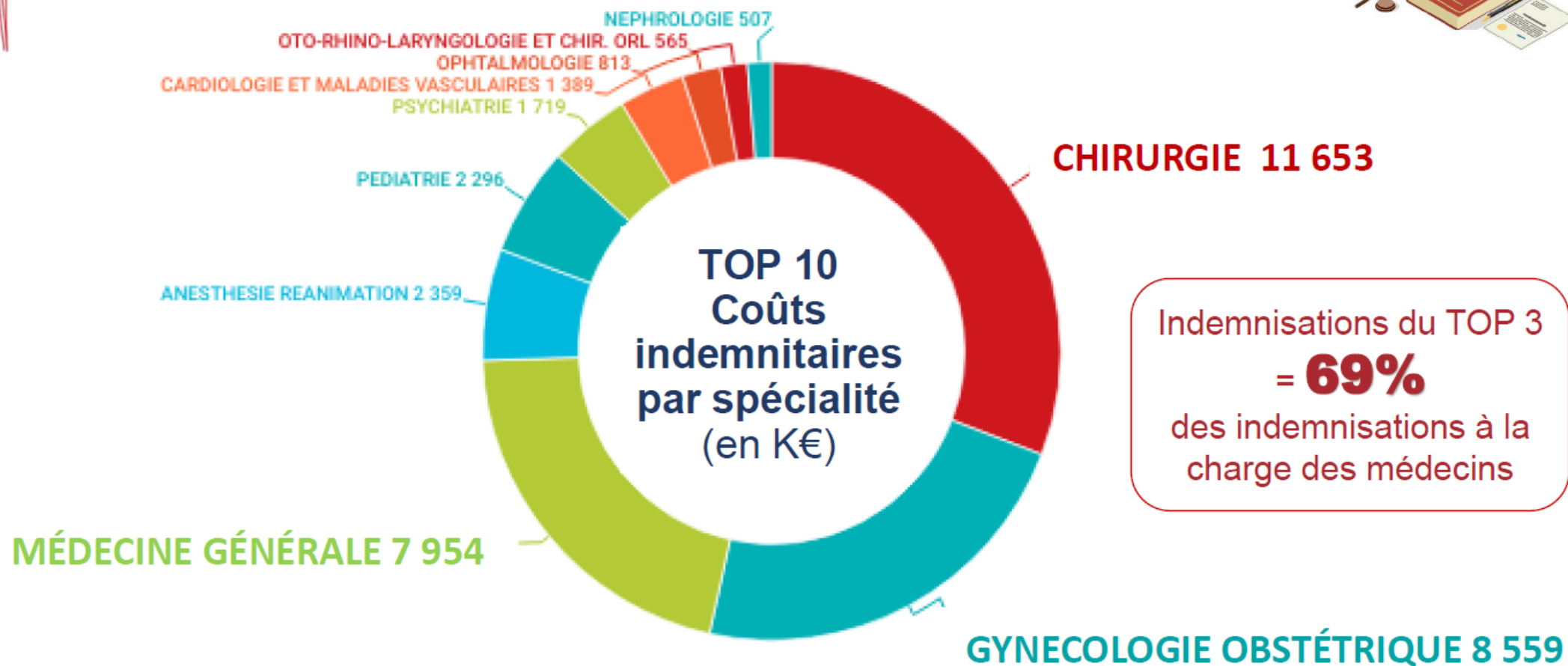
**11**

**indemnisations > à 1 million d'€**

*(5 en 2020 – 11 en 2019)*



# Décisions civiles – Focus médecins



## INDEMNISATIONS LES PLUS ÉLEVÉES – TOP 10 (2019)

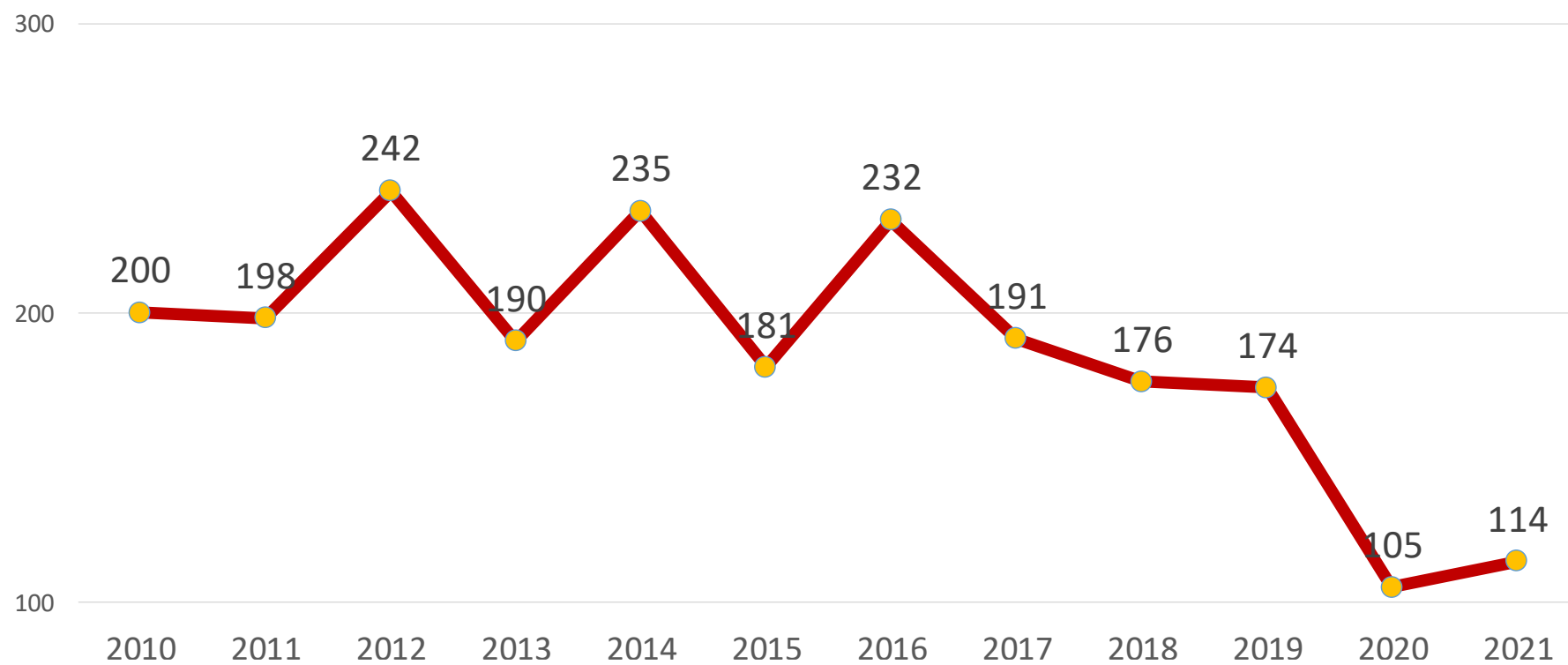
Spécialité	Indemnités en €	Faits
Anesthésie-réanimation	2 538 032 €	<p>⇒ Arrêt cardiaque brutal d'un enfant de 3 ans au décours d'une intervention pour hernie ombilicale et phimosis. L'enfant conserve d'importantes séquelles neurologiques.</p> <p>Il est reproché à l'anesthésiste d'avoir commis une faute dans la surveillance cardiaque et respiratoire de son patient. La responsabilité a été tranchée en 2003, la décision se prononce sur la liquidation du préjudice de l'enfant, devenu adulte.</p>
	1 142 858 €	<p>⇒ Décès d'un patient de 33 ans dans les suites d'une intervention de chirurgie esthétique (rhinoplastie suivie d'une lipostructure du ventre), du fait d'une hémorragie due à un volumineux hématome de la paroi abdominale.</p> <p>⇒</p> <p>Il est reproché au chirurgien de ne pas s'être préoccupé de l'évolution de l'état de son patient après l'intervention, retardant ainsi le diagnostic de l'hématome. Quant à l'anesthésiste, il aurait dû pratiquer un bilan biologique et notamment un dosage d'hémoglobine.</p> <p>Enfin, il est reproché au personnel salarié de la clinique d'avoir tardé à alerter sur la dégradation de l'état de santé du patient pendant la nuit qui a suivi l'intervention, engageant ainsi la responsabilité de la clinique employeur.</p>
Psychiatrie	2 006 010 €	<p>⇒ Troubles neurologiques et insuffisance rénale aiguë due à une intoxication au lithium chez un patient suivi depuis plusieurs années pour bipolarité. Le patient reste atteint de lourdes séquelles.</p> <p>Il est reproché au psychiatre de ne pas s'être enquis des résultats de la lithiémie qu'il avait lui-même prescrite, alors pourtant qu'il venait d'augmenter la posologie de THERALITE. Cette faute est à l'origine de l'intoxication au lithium.</p>

## INDEMNISATIONS LES PLUS ÉLEVÉES – TOP 10 (2020)

Spécialité	Indemnités	Faits
Anesthésiste	941 123 €	<p>→ <b>Défaut de maintien d'une hémodynamique correcte pendant une intervention pour sténose carotidienne</b></p> <p><i>Un patient obèse et hypertendu, aux multiples antécédents, présente un AVC du tronc cérébral dans les suites immédiates d'une sténose carotidienne. Il reste atteint d'aphasie et d'hémiplégie droite totale. Il est reproché à l'anesthésiste, bien que continuellement présent en salle d'opération, de ne pas avoir correctement surveillé la tension artérielle du patient et de n'avoir pris aucune mesure lors des trois périodes de 10 à 40 minutes au cours desquelles la pression artérielle moyenne du patient était devenue inférieure à 100. Sa responsabilité est retenue à hauteur de 37,5 %.</i></p>
Anesthésiste	798 118 €	<p>→ <b>Atteinte du nerf crural dans les suites d'une <u>phlébectomie</u></b></p> <p><i>Une patiente est victime d'un étirement du nerf crural lors d'une <u>phlébectomie</u>. Il est reproché à l'anesthésiste le choix d'une anesthésie générale qui, du fait du relâchement musculaire, a favorisé la possibilité d'un étirement. Il est reproché à l'angéologue d'avoir modifié la position opératoire en cours d'intervention, sans précaution.</i></p> <p><i>Il est retenu une perte de chance de 90 % et une responsabilité à parts égales des deux praticiens.</i></p>

## Déclarations en anesthésie-réanimation (1992-2021)

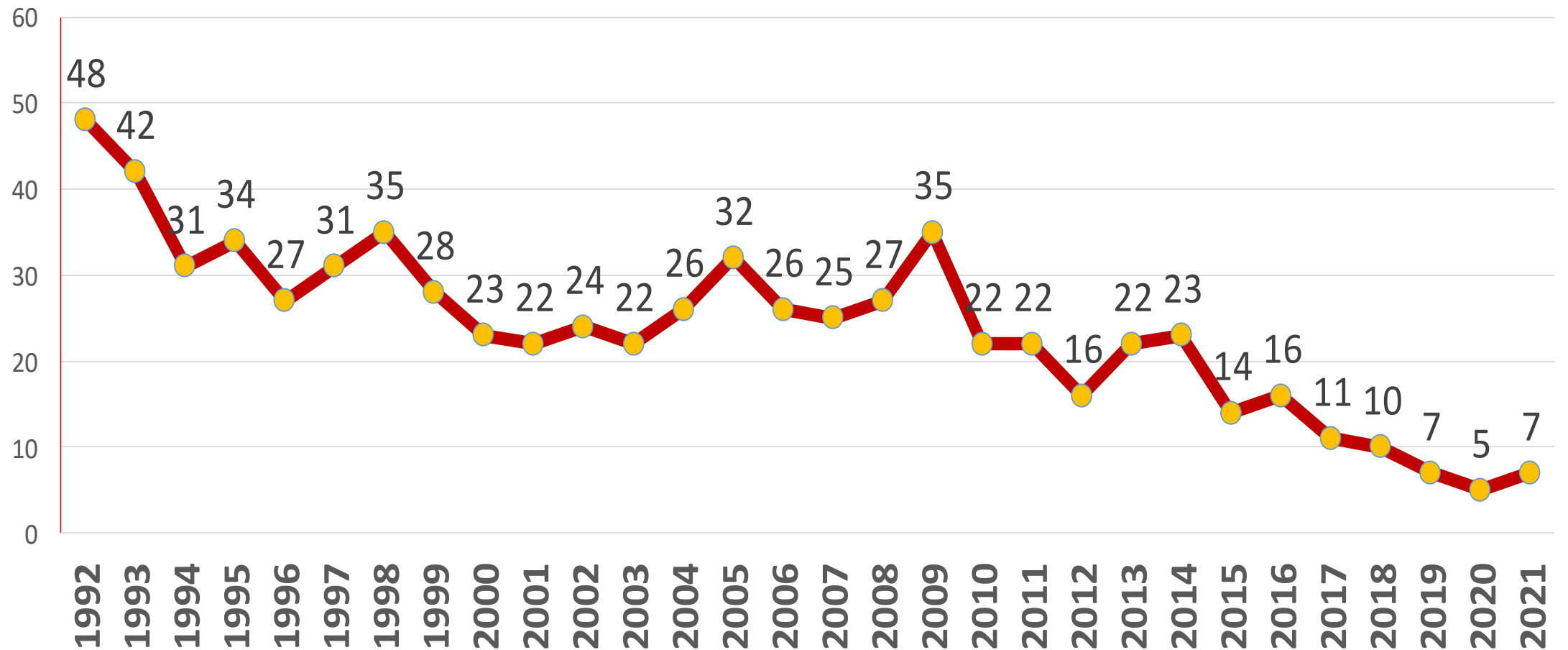
en 2021 : 5 513 sociétaires / 10 127 (CNOM 2017)



## Déclarations en anesthésie-réanimation (1992-2021)

en 2020 : 5 210 sociétaires / 10 127 (CNOM 2017)

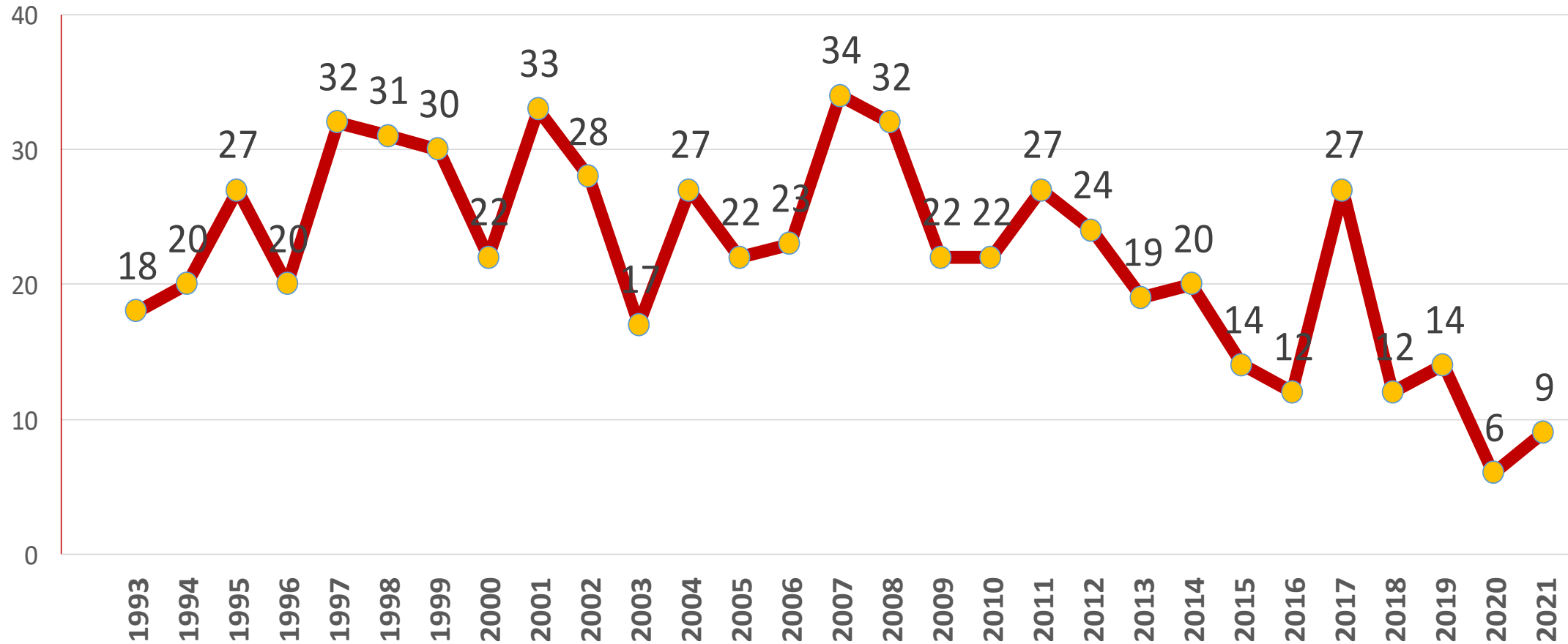
### Anesthésie Générale



## Déclarations en anesthésie-réanimation (1992-2021)

en 2020 : 5 210 sociétaires / 10 127 (CNOM 2017)

### Anesthésie locorégionale





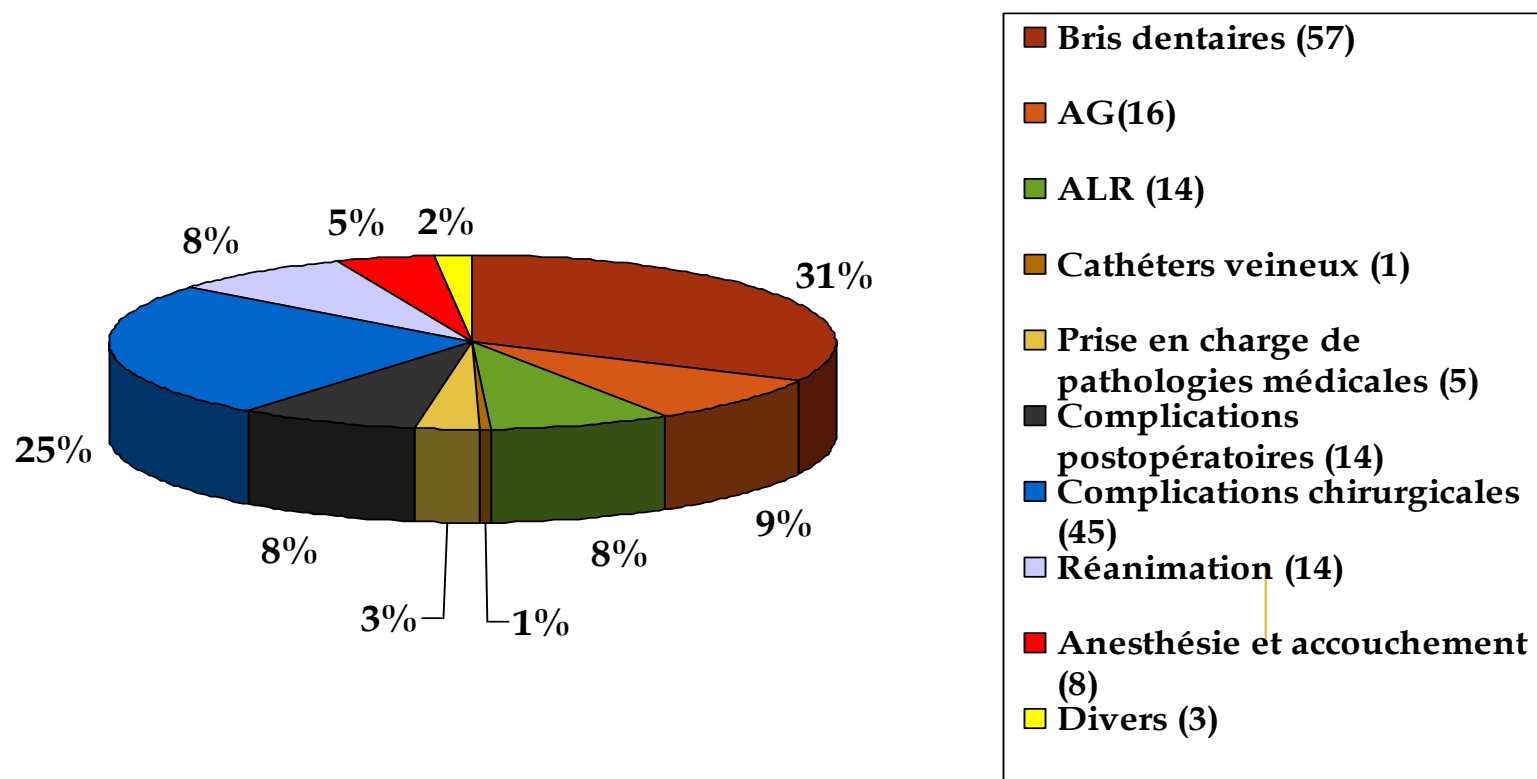
## ANESTHÉSIE-REANIMATION (1997-1999)

### 813 déclarations

	Nbre	% total	% (en dehors bris dentaires)	
Intubation (bris dentaire)	306 (286)	38	3.8	
Anesthésie générale	94	11.6	17.8	
Anesthésies loco-régionales	93	11.4	17.6	
Complications post-opératoires	105	12.9	19.9	
Réanimation (en dehors du post-opératoire)	53	6.5	10.1	<b>33.4 %</b>

## DECLARATIONS des ANESTHESISTES en 2015 (191)

Pour 4 798 sociétaires / 10 135 (CNOM 2016)



# Sinistralité Anesthésie 2021

## Bris dentaire

- 3 déclarations de bris dentaire

## Anesthésie générale et complications précoces

- Ulcération cornéenne : dans les suites d'une septo-turbinoplastie. Évolution favorable.
- Au cours d'une chirurgie de ptosis.
- Choc anaphylactique à l'induction d'une anesthésie générale :**
  - A la Succinylcholine pour mise à plat d'un kyste pilonidal. Évolution favorable.
  - A la Célocurine pour dilatation œsophagienne. Arrêt cardiorespiratoire, séquelles neurologiques importantes.
  - Au curare lors de l'induction anesthésique en vue de la réalisation d'une coelioscopie pour grossesse extra-utérine. Évolution marquée par un SDRA avec défaillance multiviscérale ayant nécessité une prise en charge en réanimation. Évolution favorable

## •Complications positionnelles

- Rupture tendineuse de l'épaule lors de la phase de retournement d'une patiente pour la chirurgie distale du membre inférieur réalisée en décubitus ventral.

# Sinistralité Anesthésie 2021

## Anesthésie locorégionale

### Blocs nerveux périphériques

- Réclamation concernant une anesthésie locorégionale insuffisante effectuée pour chirurgie carotidienne. La patiente évoque un vécu traumatique de cette intervention.
- Insuffisance d'anesthésie alléguée au cours d'une intervention gynécologique pour traitement d'une endométriose.
- Atteinte plexique du tronc primaire supérieur apparue à distance d'une chirurgie de butée d'épaule réalisée sous anesthésie générale avec bloc analgésique post-opératoire.
- Déficit du nerf sciatique poplité externe au décours d'une cure d'hallux valgus réalisée sous anesthésie locorégionale.
- Déficit du nerf brachial cutané interne dans les suites d'une chirurgie réparatrice de la main effectuée sous bloc axillaire.
- Dysesthésie de l'avant-pied droit dans les suites d'une cure d'hallux valgus réalisée sous bloc multi tronculaire au niveau de la cheville.

### Anesthésie péridurale

- Persistance des douleurs lombaires dans les suites d'une anesthésie péridurale réalisée pour accouchement par voie basse.

### Rachianesthésie

- Ischémie à coronaires saines, liée à l'administration de 2 mg d'adrénaline au lieu d'Atropine en IVD avant péri-rachianesthésie combinée pour césarienne programmée, laquelle sera réalisée sans difficulté particulière.
- Hématome intra dural apparu dans les suites tardives d'une rachianesthésie pour prothèse totale de genou, réalisée chez une patiente à haut risque cardiovasculaire.

# Sinistralité Anesthésie 2021

## Complications postopératoires

- Complications multiples avec décès
- Décès d'une patiente à H8 d'une ostéosynthèse d'une fracture de la diaphyse fémorale. Embolie pulmonaire massive suspectée.
- Choc hémorragique par hémopéritoine massif au décours de la mise en place d'une sonde d'entraînement électrosystolique par voie fémorale en urgence. Arrêt cardiorespiratoire non récupéré.
- Choc septique à J4 d'une colpoproctomie pour adénocarcinome rectal. Défaillance poly viscérale sur péritonite, décès.
- Patiente retrouvée décédée à son domicile le lendemain d'une urétéro-néphroscopie avec lithotritie extracorporelle et laser. Les causes du décès ne sont pas connues.

## Complications diverses

- Brûlure du pied par couverture chauffante au cours d'une intervention de reprise d'un basocellulaire de l'aile du nez.

## Gestion des anticoagulants

- Hématome intra parenchymateux avec hypertension intracrânienne et engagement cérébral à l'origine du décès après intervention chirurgicale pour sténose pré occlusive de l'artère carotide droite traitée par patch. Deux sociétaires mis en cause.
- Accident vasculaire ischémique survenu 4 jours après l'interruption de Xarelto® pour une chirurgie de cataracte. Décès.
- Accident vasculaire ischémique 3 jours après une sortie d'hospitalisation pour cure chirurgicale d'une hydrocèle. Le traitement antivitaminé K prescrit au long cours pour un trouble du rythme de type ACFA avait été stoppé 3 jours avant l'intervention et non repris par la suite.

# Sinistralité Anesthésie 2021

## Complications chirurgicales

### Infections du site opératoire après chirurgie orthopédique et du rachis

- Après cure d'hallux valgus, arthrodèse du rachis lombaire avec interposition de matériel (2 cas), prothèse totale de hanche (2 cas), arthroscopie du genou pour exérèse d'un kyste, ostéotomie tibiale de valgisation pour exérèse d'un kyste, arthrodèse de la cheville nécessitant plusieurs reprises chirurgicales et une antibiothérapie prolongée.

### Chirurgie cardiaque et vasculaire

- Amputation à mi-cuisse au décours d'une chirurgie de revascularisation du membre inférieur gauche compliquée d'une infection du site opératoire.

### Chirurgie viscérale

- Arrêt cardiorespiratoire sur hémothorax hypoxémiant, secondaire à une plaie hépatique, à J2 d'une cure de hernie hiatale sous coelioscopie. Décès.
- Décès d'une patiente à J2 d'une sleeve gastrectomie en lien avec un choc hémorragique par traumatisme splénique passé inaperçu. Splénectomie d'hémostase compliquée d'une CIVD avec défaillance poly viscérale.
- Infection du site opératoire au décours d'une cure d'éventration avec mise en place d'une plaque prothétique nécessitant une antibiothérapie prolongée et plusieurs reprises chirurgicales. (2 cas)
- Péritonite par lâchage de suture dans les suites d'une sleeve gastrectomie nécessitant plusieurs interventions chirurgicales de drainage. Évolution favorable.



# Sinistralité Anesthésie 2021

## Complications chirurgicales

### Chirurgie de la prostate

- Deux sociétaires mis en cause concernant le décès après complications infectieuses multiples au décours d'une prostatectomie sous coelioscopie robot assistée pour adénocarcinome.
- Décès à J16 d'une hépatite fulminante herpétique au décours d'une prostatectomie radicale pour adénocarcinome.
- Décès d'un patient, secondaire à un choc septique, 48 heures après une résection endo-urétrale de la prostate.

### Chirurgie du rachis

- Persistance d'un déficit des releveurs du pied présent en préopératoire après cure de hernie discale L4-L5.
- Hémi syndrome de la queue de cheval secondaire à une lésion médullaire au cours d'un recalibrage du canal lombaire.

### Chirurgie orthopédique

- Arrêt cardiorespiratoire à H8 d'une chirurgie de prothèse totale de hanche. Embolie graisseuse suspectée avec choc vasoplégique résistant à la réanimation.
- Infection du site opératoire dans les suites d'une ostéosynthèse de fracture de la clavicule. Évolution favorable après reprise chirurgicale et antibiothérapie prolongée.
- Amputation trans métatarsienne après une infection du site opératoire consécutive à une cure d'hallux valgus.
- AVC ischémique à H6 postopératoire de la mise en place d'une prothèse totale de hanche chez un patient polyvasculaire et polypathologique. Décès.
- Syndrome douloureux régional complexe avec impotence fonctionnelle de la main après chirurgie du canal carpien.
- Déficit ulnaire sensitivo-moteur au décours d'une chirurgie de fracture complexe du coude.

# Sinistralité Anesthésie 2021

## Complications chirurgicales

### Chirurgie gynécologique

- Pelvipéritonite et cellulite de paroi au décours d'une hystérectomie sous coelioscopie. Évolution favorable.
- Infection de paroi après stérilisation tubaire sous coelioscopie convertie en laparotomie pour difficultés techniques.

### Endoscopie

- État pauci relationnel avec tétraplégie spastique secondaire à un arrêt cardiorespiratoire survenu au cours d'une CPRE pour ablation d'une prothèse biliaire, par probable embolie gazeuse.
- Perforation duodénale au cours d'une CPRE nécessitant une intervention chirurgicale en urgence. Évolution favorable.

### Divers

- Sinusite chronique dans les suites tardives d'une extraction dentaire multiple.
- Deux sociétaires mis en cause après le décès d'un patient dans les suites d'une infection à SARS Cov2 à l'origine d'une défaillance poly viscérale à J22 postopératoire d'une lobectomie pour cancer bronchique.

### Activité de réanimation

- AVC sylvien à J8 post-opératoire d'une embolisation d'une artère bronchique dans un contexte d'adénocarcinome pulmonaire traité par lobectomie supérieure et wedge. Patient admis en réanimation pour surveillance postopératoire. Décès.

# Sinistralité Anesthésie 2021

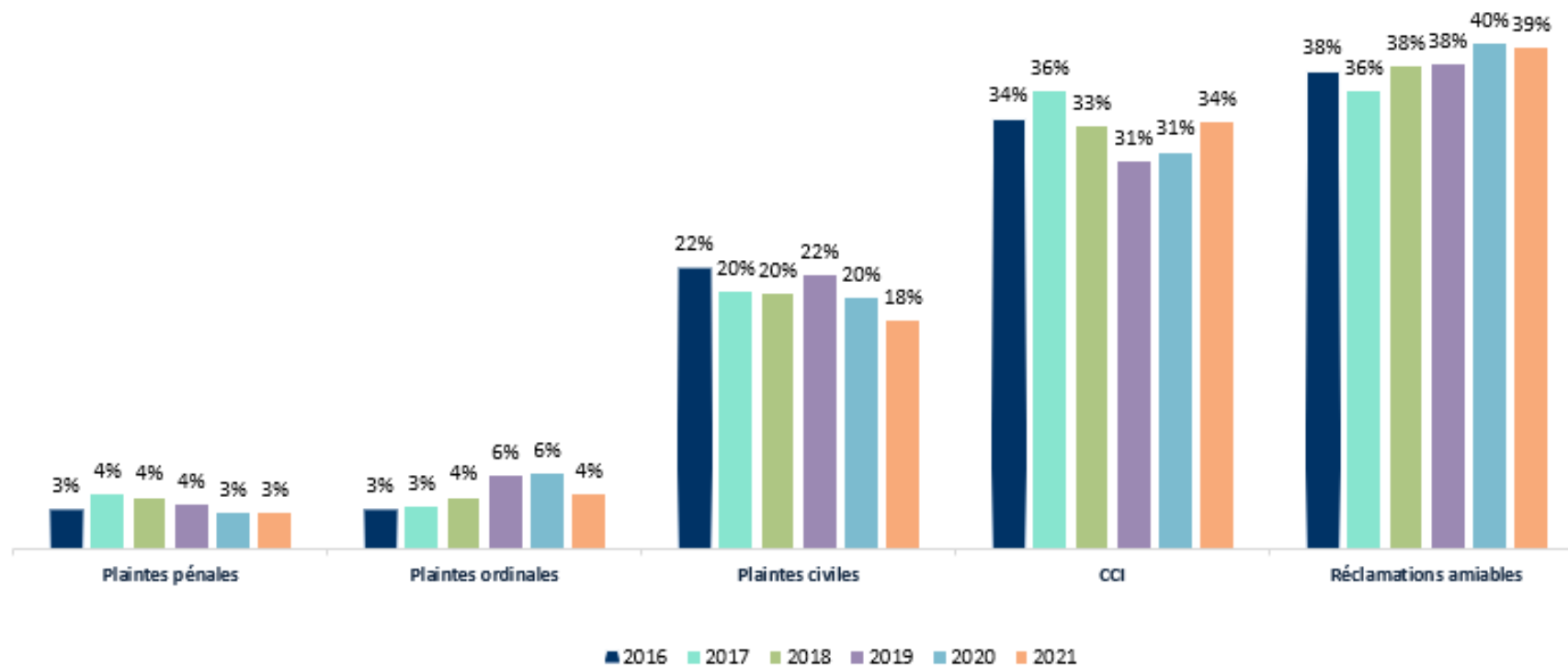
## Divers

- Enflamment du champ opératoire au cours d'une blépharoplastie.
- Décès d'une patiente dans les suites d'un syndrome d'inhalation chez une patiente présentant un syndrome occlusif dans un contexte de cancer de l'endomètre généralisé avec ascite.
- Syndrome cochléo-vestibulaire iatrogène après traitement par Gentamicine de courte durée prescrit à visée prophylactique dans les suites d'une chirurgie septique.
- Arrêt cardiorespiratoire sur trouble du rythme paroxystique avec choc cardiogénique au cours d'une coronarographie. Encéphalopathie anoxique, décès.
- Décès d'un patient à J2 après une phlébographie au CO<sub>2</sub> des membres supérieurs compliquée d'une embolie gazeuse.
- Décès dans les suites d'une encéphalopathie anoxo-ischémique secondaire à un arrêt cardiorespiratoire à la suite d'une tamponnade survenue lors de l'ablation d'une fibrillation auriculaire.
- Décès dans les suites d'une hémorragie massive survenue au cours d'une angioplastie par stent de l'artère iliaque gauche. Nécessité de transfusion et d'une reprise endovasculaire.
- Arrêt cardiorespiratoire sur bas débit en lien avec un volumineux hématome par brèche de l'artère fémorale utilisée comme voie d'abord lors de la réalisation d'une coronarographie.

## MISES EN CAUSE DES MÉDECINS

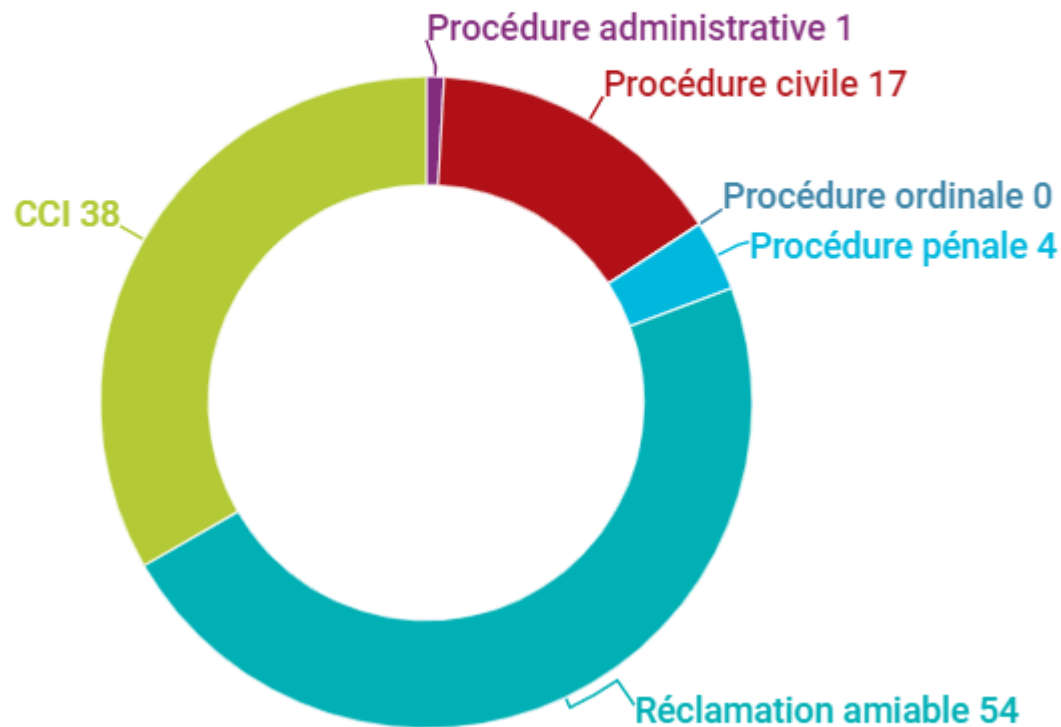
Recours aux réclamations amiables et aux CCI toujours prépondérant

### Evolution des déclarations de dommages corporels des médecins sur 5 ans



# Sinistralité Anesthésie 2021

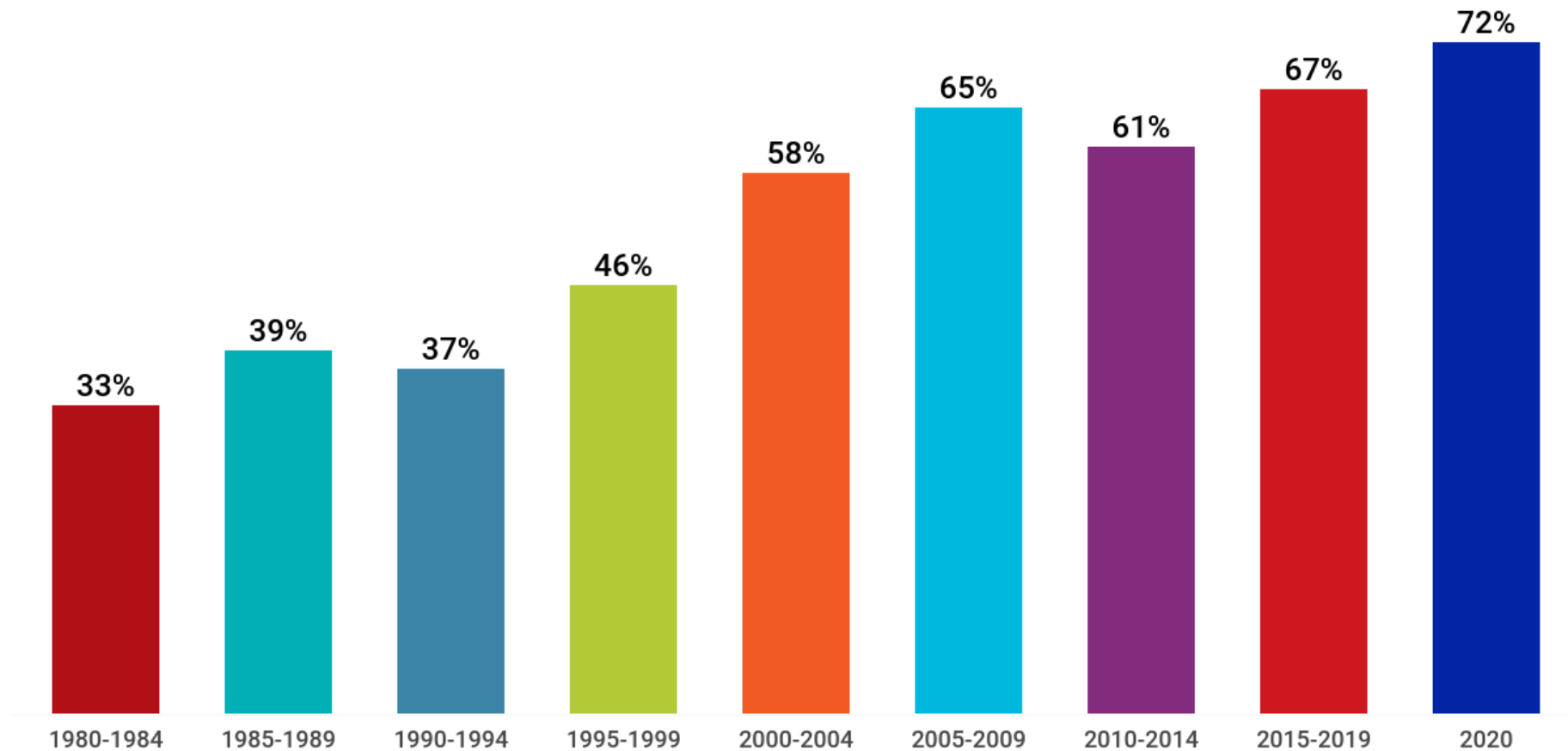
Ces déclarations se répartissent en 1 procédure administrative, 17 procédures civiles, 4 procédures pénales, 54 réclamations amiables et 38 saisines d'une CCI.



# DÉCISIONS CIVILES - TAUX DE CONDAMNATION SUR 30 ANS

Pourcentages de décisions défavorables

Médecins, non médecins et établissements de soins





# Une erreur de côté sur la cheville à opérer...

- Une jeune femme de 17 ans est victime d'un **traumatisme de la cheville droite** lors d'une activité sportive au lycée.
- Cette jeune patiente consultera aux urgences où une entorse grave du ligament latéral externe (LLE) est diagnostiquée. Une immobilisation plâtrée sera proposée et réalisée : il s'agit d'une botte sans appui qui sera conservée 30 jours.
- **Le praticien propose alors une ligamentoplastie anatomique sous arthroscopie associée à une cure de conflit antéro-externe.** Ce traitement chirurgical est retenu par la jeune patiente et ses parents. L'information sur les risques et les suites opératoires attendues et potentiellement non attendues est donnée.
- La jeune patiente est admise le jour J, elle est préparée pour l'intervention chirurgicale par l'équipe soignante, puis transférée au bloc opératoire.
- L'intervention chirurgicale est réalisée sans difficulté, la malade est réveillée, et transférée en SSPI.
- C'est à ce moment que la jeune femme signale en pleurs **qu'elle a été opérée de la cheville gauche, du mauvais côté...**

# Une erreur de côté sur la cheville à opérer...

- Le chirurgien et le MAR sont alors prévenus de l'erreur. La mère, qui a accompagné sa fille, est immédiatement prévenue... le chirurgien reconnaît les faits, explique **que le geste n'a pas été interrompu en per-opératoire car la cheville gauche présentait des lésions compatibles avec le diagnostic posé.**
- La jeune patiente bénéficiera d'une ligamentoplastie de la cheville droite réalisée par un autre praticien 2 mois plus tard, soit 5 mois après l'intervention précédente. Les suites seront simples avec une bonne évolution fonctionnelle.
- C'est dans ce contexte que **la patiente, à sa majorité,** a saisi le juge des référés près le Tribunal Judiciaire d'une demande d'expertise.

# Une erreur de côté sur la cheville à opérer...

- **Une modification du programme opératoire** : la patiente planifiée avant la victime de l'erreur n'est pas venue : elle devait être opérée de la cheville droite. Cette modification de programme n'était pas connue de tous les acteurs intervenant au bloc opératoire.
- **La multiplicité des acteurs** : les professionnels qui ont réalisé l'entretien pré-opératoire sont différents de ceux qui ont réalisé l'installation.
- **La check-list de sécurité initiée avant l'entrée en salle d'intervention, mais interrompue** une fois la patiente en salle d'opération pour non-disponibilité du chirurgien et de l'anesthésiste (appels téléphoniques) et donc sans partage collégial. Cette succession d'interruptions a conduit à l'erreur d'installation.
- **Cette erreur de côté n'a pas été interrompue en cours d'intervention**, car le chirurgien s'est trouvé en présence d'un ligament gauche abimé, ce qui ne l'a pas alerté.

# Une erreur de côté sur la cheville à opérer...

- "Nous devons considérer que Mademoiselle X., âgée de 17 ans, a été victime d'un manque de précautions par absence de déclinaison orale et partagée du 2<sup>e</sup> temps, avant intervention chirurgicale ou time out de la check-list initiée par la HAS et informatisée dans l'établissement par les trois membres de l'équipe présents dans la salle d'opération : le Dr A., chirurgien orthopédiste, le Dr B., anesthésiste réanimateur et Madame C., coordinatrice de la check-list, infirmière ou IBODE.
- De ce fait, aucun des trois membres de l'équipe n'a mis en cause les sièges erronés du garrot, du badigeonnage et du "champagne".
- La non-réalisation du 2<sup>e</sup> temps de la check-list a conduit à une faute partagée des trois membres de l'équipe : chirurgien orthopédiste, anesthésiste-réanimateur et coordinatrice de la check-list. Cette faute sur le plan de la responsabilité doit être assumée par parts égales par les trois membres de l'équipe, soit 33 % pour chacun d'entre eux.

## **TGI de Valence**

- **Le 27 avril 2006 arrivée de la patiente à la clinique pour la réalisation d'un éveinage saphénien droit.**
- **Le lendemain réalisation de la rachianesthésie en position assise, jambes pendantes au bord de la table. Une étudiante IDE s'est placée derrière la patiente, une IDE circulante devant pour réaliser l'asepsie et une autre est partie pour s'habiller stérilement. Le MAR a posé une perfusion de Ringer-Lactate et est parti se laver les mains dans le sas pour la réalisation de la rachianesthésie. A son retour personne n'avait bougé et il demande à la circulante de lui apporter de la Bétadine. Pendant qu'elle se déplaçait, perte de connaissance (imprévisible) de la patiente et chute au sol sur la face.**
- **Plaie à la lèvre et traumatisme du rachis cervical avec tétraparésie. Hospitalisation en neurochirurgie jusqu'au 22 mai et rééducation jusqu'au 27 juin. Reprise du travail à ½ temps (agent d'entretien dans un lycée) le 12 nov. 2007.**
- **Faut-il retenir une responsabilité, de qui ?**

## **TGI de Valence**

- **Selon le tribunal « l'infirmière de bloc opératoire salariée d'un établissement de santé privé dispose de compétences propres en-dehors desquelles elle agit sous les ordres du praticien présent dans le bloc opératoire dont elle est la préposée occasionnelle ».**
- **« Le jour de l'intervention, la clinique a mis à disposition du MAR un personnel infirmier suffisant et qualifié pour réaliser l'anesthésie dans des conditions normales de sécurité, les opérations se déroulant en principe avec l'assistance de 2 infirmières ».**
- **« Il ne saurait être reproché aux infirmières présentes dans le bloc opératoire au moment de la chute d'avoir relâché leur vigilance. L'étudiante, placée à l'arrière de la patiente, a normalement exécuté une tâche qui relevait de sa propre compétence en sa qualité d'infirmière stagiaire, aucun déplacement ne lui étant autorisé ; aucun défaut d'encadrement de cette professionnelle par une collègue titulaire n'a été relevé ».**



## **TGI de Valence**

- **« La circulante, qui avait pour mission de retenir la patiente en étant placée face à elle, s'est déplacée à la demande du MAR, exécutant à cet instant un ordre du praticien en sa qualité de préposée ».**
- **« Le MAR, en sa qualité de médecin spécialisé, désigné pour l'anesthésie de cette patiente en vue de son opération, avait pour mission de surveiller cette anesthésie ; il lui appartenait de prendre toutes les mesures utiles pour en assurer le bon déroulement ; la surveillance de la patiente relevait du MAR qui, étant dans l'impossibilité physique de l'assurer lui-même, disposait du personnel nécessaire. Il a failli à cette mission en laissant momentanément la patiente sans surveillance par sa demande de Bétadine qui a obligé la circulante à abandonner sa position sécurisant la patiente ; ce défaut de surveillance imputable au MAR est à l'origine de la chute ».**
- **Peu importe que l'autre IDE n'ait pas été là, elle n'aurait pas évité la chute. Condamnation du seul MAR : 99 800 € pour la patiente et 23 600 € pour la CPAM.**

## Condamnation pénale d'une anesthésiste pour avoir laissé une patiente sous la surveillance d'une IBODE au bloc

Une patiente de 23 ans subit en clinique une intervention en deux temps, consistant en une biopsie utérine par curetage suivie d'une coelioscopie, pour poser un diagnostic sur des douleurs pelviennes. Elle est victime d'une anoxie prolongée après déconnexion de la sonde endotrachéale. Cette déconnexion s'est produite alors que l'anesthésiste s'était absentée du bloc pour se rendre au chevet d'une autre patiente, en détresse vitale. Seule une IBODE était présente, l'opérateur s'étant absenté pour se stériliser les mains en donnant pour instruction de préparer la patiente pour la coelioscopie. Quant à l'aide-soignante, elle était allée chercher du matériel.

L'IBODE étant occupée à préparer les instruments nécessaires à la coelioscopie, elle n'a pas pris en compte l'alarme qui s'est déclenchée lorsque, pour une raison indéterminée, le tube du respirateur artificiel s'est débranché.

L'anoxie prolongée est à l'origine de séquelles neurologiques extrêmement graves, l'incapacité permanente partielle étant évaluée à 99 %. La patiente est en coma végétatif.

## Condamnation pénale d'une anesthésiste pour avoir laissé une patiente sous la surveillance d'une IBODE au bloc

La famille engage des poursuites pénales à l'encontre de l'anesthésiste, qui est relaxée en première instance. En appel, elle est condamnée pour blessures involontaires. Elle forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt d'appel. La Cour de cassation, par un arrêt du 15 janvier 2019, **confirme la condamnation à six mois d'emprisonnement avec sursis.**

- **Une absence de consignes claires de la part de l'anesthésiste, à un moment délicat de l'intervention**
- **Une surveillance qui n'est pas conforme aux recommandations de la SFAR**
- **La mauvaise organisation du service n'exonère pas l'anesthésiste de sa responsabilité**

## Un réveil en pleine intervention et un anesthésiste absent Cass. Crim 8 juin 2022

Un patient subit une néphrectomie sous AG. En tout début d'intervention, l'anesthésiste constate une hypotension artérielle qui le conduit à décider d'une suspension momentanée de l'arrivée de gaz anesthésiant.

L'intervention se poursuit mais le patient se réveille et ressent alors l'ensemble des actes opératoires. Incapable d'effectuer le moindre mouvement, il ne peut alerter l'équipe médicale et paramédicale.

Ce n'est qu'en constatant une hypertension artérielle et une majoration des saignements que le chirurgien comprend que la situation est anormale.

A ce moment, l'anesthésiste est absent du bloc opératoire, introuvable et injoignable. Une IADE est alors appelée en urgence. Elle constate dès son arrivée que le débit du gaz anesthésiant était fermé.

## Un réveil en pleine intervention et un anesthésiste absent Cass. Crim 8 juin 2022

### Une plainte est déposée pour blessures involontaires

Dans le cadre de l'enquête préliminaire, l'expert nommé conclut que le réveil du patient est la conséquence d'une **faute de l'anesthésiste**. Celui-ci ne pouvait s'absenter du bloc opératoire que de manière très brève, en avisant les autres soignants, et uniquement si l'anesthésie était stable, conditions qui n'ont pas été respectées en l'espèce.

L'anesthésiste est reconnu coupable par le tribunal correctionnel, puis par la cour d'appel qui le condamne à **6 mois d'emprisonnement avec sursis, 3 ans d'interdiction professionnelle**, et se prononce sur les intérêts civils. Le praticien se pourvoit alors en cassation.

## Un réveil en pleine intervention et un anesthésiste absent Cass. Crim 8 juin 2022

Dans un arrêt du 8 juin 2022, la Cour de cassation **rejette le pourvoi** et confirme les condamnations.

Il incombe au médecin anesthésiste, sous la responsabilité duquel l'anesthésie est pratiquée, **d'assurer, directement ou en fournissant des directives à ses assistants, un contrôle permanent des données fournies par les instruments afin d'adapter la stratégie anesthésique.**

En l'espèce, l'anesthésiste s'est absenté de la salle d'opération sans prévenir quiconque, alors qu'il venait pourtant de constater une hypotension artérielle, qui avait motivé la suspension momentanée de l'arrivée de gaz anesthésiant. **La situation du patient était donc précaire et devait faire l'objet d'une vigilance constante.**



# AU DELA DE LA JURISPRUDENCE, REGARDER NOS EIAS

---

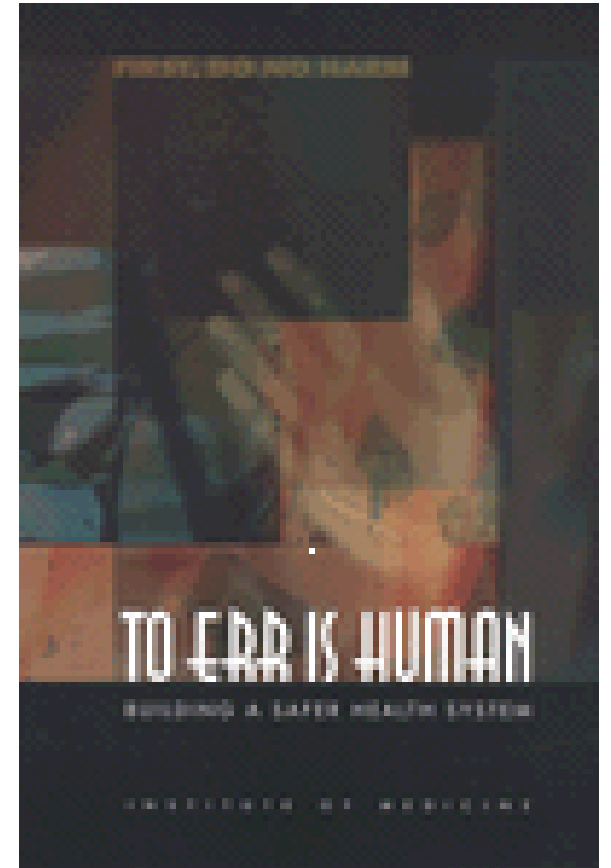
Accréditation – CFAR et HAS au Service des  
Anesthésistes Réanimateurs





# To Err is Human : De la qualité à la sécurité des soins

- ❑ Rapport de l'Institut de Médecine Américain publié en 1999 *To err is human*
- ❑ Mortalité iatrogène aux USA: 44 à 98 000 morts par an
- ❑ Une attention particulière doit être portée à l'analyse des incidents , (idem : aviation civile, industries « à risques »)



# Evolution des Idées : FMI, FMC, EPP, GR

- ❑ Formation et Connaissance font la qualité
- ❑ Ne garantissent pas la sécurité



# Préalable Déclarer les EIAS

# Erreur: conscience?

*Questionnaires à 1033 médecins, infirmières,  
internes*

- **Un tiers** des médecins de réa ne reconnaissent pas commettre des erreurs.
- **La moitié** des médecins de réa reconnaissent qu'il est difficile de discuter des erreurs.

---

Error, stress, and teamwork in medicine and aviation:  
cross sectional surveys

J Bryan Sexton, Eric J Thomas, Robert L Helmreich

*BMJ 2000; 320:745-9*

# Anesthésie-Réanimation, une Spécialité à Risque?

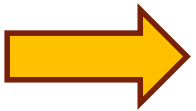
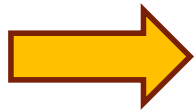
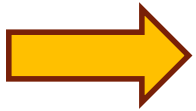
## Vision HAS

- spécialités à risque définies par le décret n°2006-909
  - « 1° Chirurgie générale ;
  - « 2° Neurochirurgie ;
  - « 3° Chirurgie urologique ;
  - « 4° Chirurgie orthopédique et traumatologie ;
  - « 5° Chirurgie infantile ;
  - « 6° Chirurgie de la face et du cou ;
  - « 7° Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ou chirurgie maxillo-faciale ;
  - « 8° Chirurgie plastique reconstructrice ;
  - « 9° Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
  - « 10° Chirurgie vasculaire ;
  - « 11° Chirurgie viscérale et digestive ;
  - « 12° Gynécologie-obstétrique, ou gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique ;
  - « 13° **Anesthésie-réanimation** ;
  - « 14° Réanimation médicale ;
  - « 15° Stomatologie ;
  - « 16° Oto-rhino-laryngologie ;
  - « 17° Ophtalmologie ;
  - « 18° Cardiologie ;
  - « 19° Radiologie ;
  - « 20° Gastro-entérologie ;
  - « 21° Pneumologie.

**Accréditez – Vous avec le CFAR**

# EIG évitables en cours d'hospitalisation

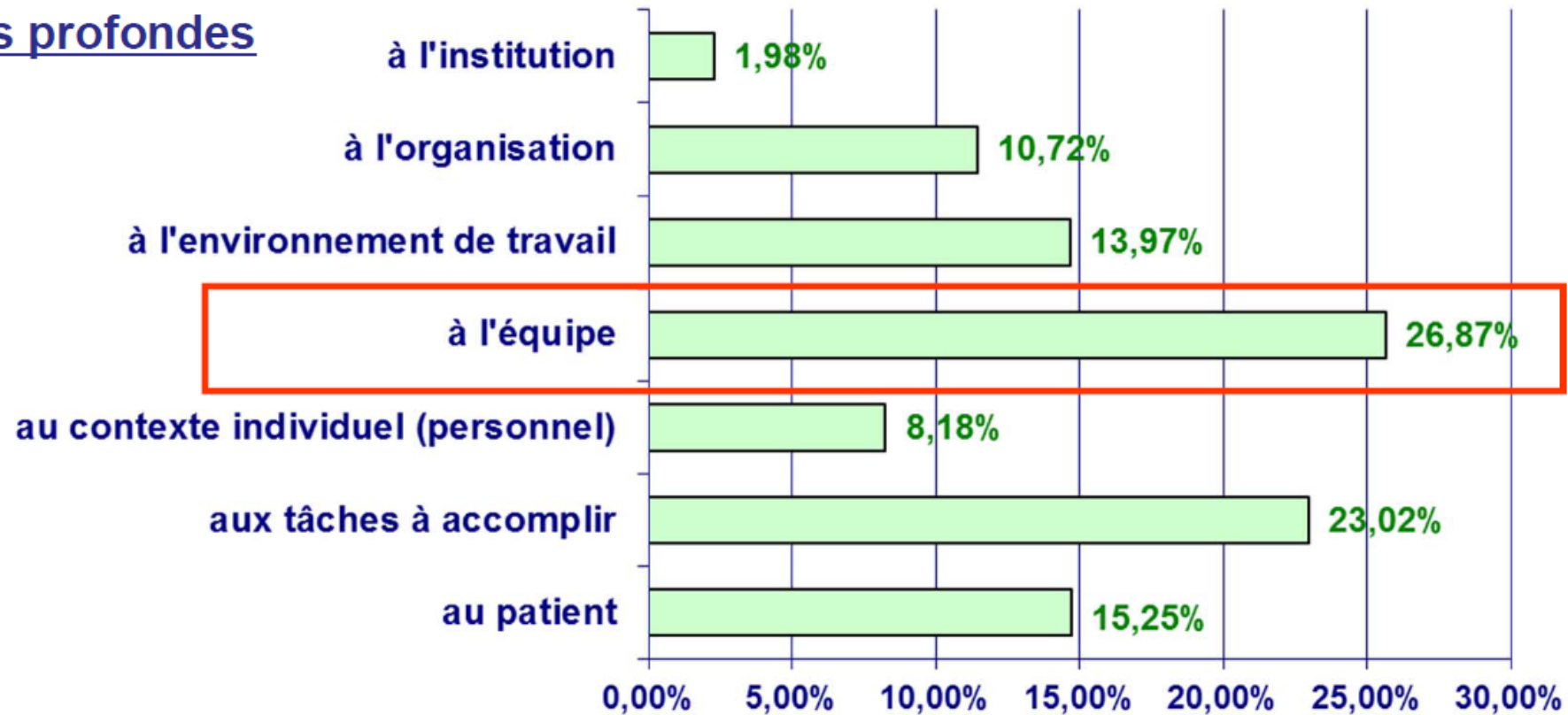
Causes systémiques identifiées	n (%)
Défaillance humaine	24
Supervision insuffisante	23
Comportement du patient	21
<b>Communication insuffisante entre professionnels</b>	<b>21 (15)</b>
Infrastructures inappropriées	33 %
<b>Composition inadéquate des équipes</b>	<b>14 (10)</b>
<b>Mauvaise définition de l'organisation des tâches</b>	<b>11 (8)</b>
Défaut de culture qualité	7



# Données de la Base REX de l'Accréditation

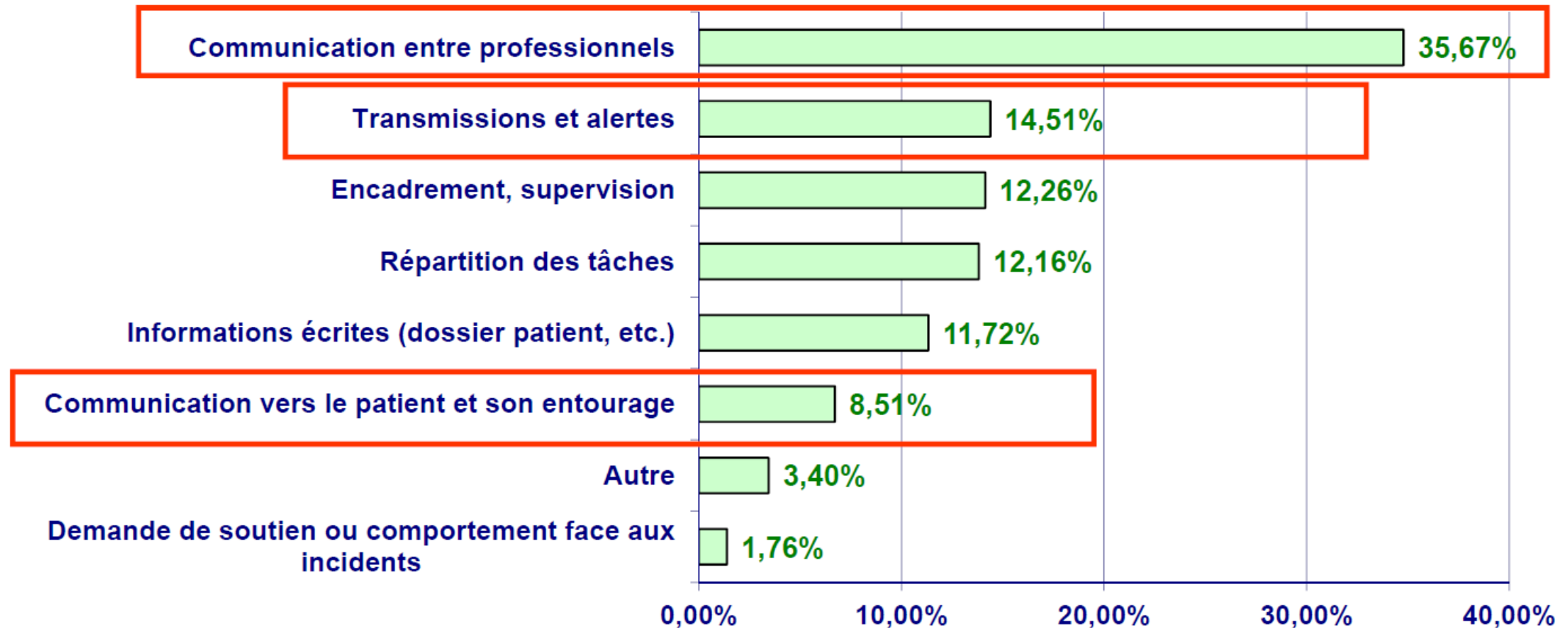
Accréditation des médecins : Répartition **des causes profondes** sur 28705 événements déclarés entre 2011 et 2013 selon les 7 catégories de la **grille ALARM**

## Causes profondes liées :



# Base REX : Causes profondes liées à « équipe »

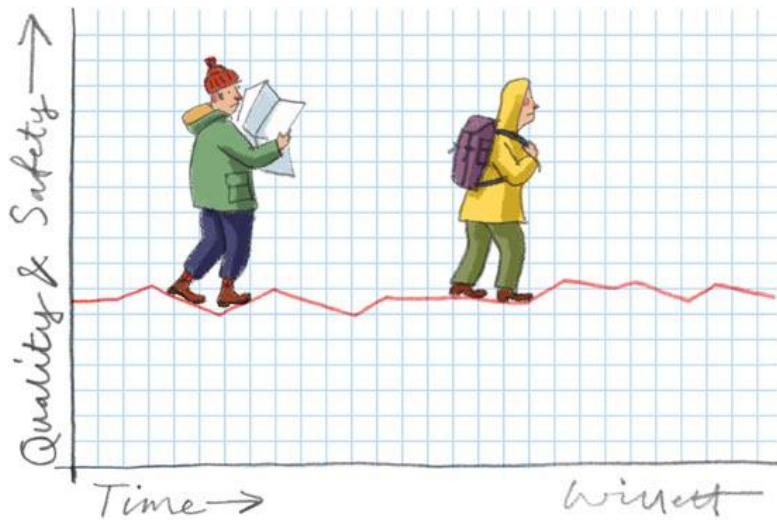
Accréditation des médecins: Répartition des causes profondes dans la catégorie « Causes liées à l'équipe »





# What are the best strategies for ensuring quality and security in hospitals ?

- There is a general belief that there are effective methods to improve quality and safety.



- Une avalanche de croyances et de méthode
- Une insuffisance de recherche
- Peu de méthodes à l'efficacité démontrée

# Incident Reporting – Five Key Challenges

- Poor processing of incident reports (triaging, analysis, recommendations),
- Inadequate usage of evolving health information technology
- **→ Expérimentation : IA –NLP et OA CFAR**

# AI et analyse des EI

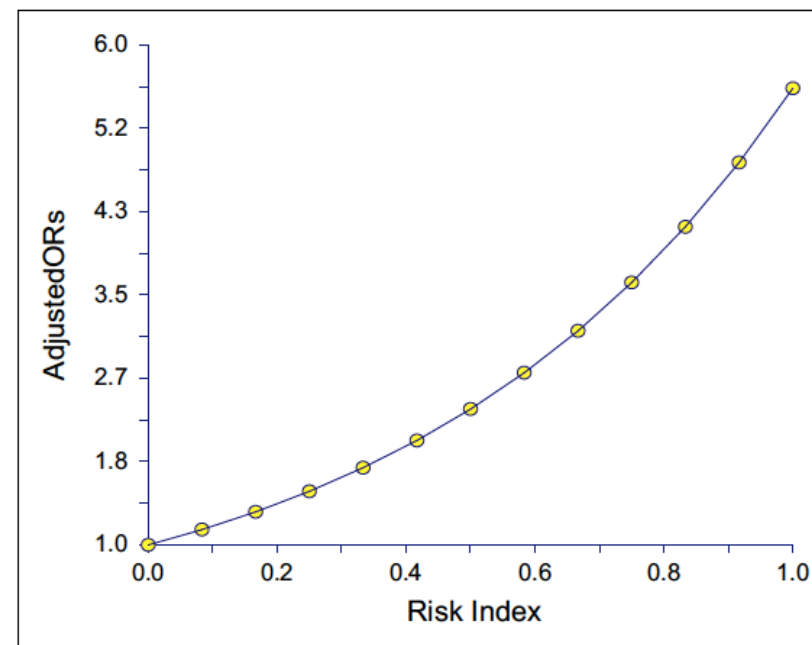
- **Identification des cibles**
- **Analyse d'impact des mesures correctives**

# Surgical team behaviors and patient outcomes

Karen Mazzocco, R.N., J.D.<sup>a,\*</sup>, Diana B. Petitti, M.D., M.P.H.<sup>b</sup>,  
 Kenneth T. Fong, M.S.<sup>c</sup>, Doug Bonacum, M.B.A.<sup>c</sup>, John Brookey, M.D.<sup>d</sup>,  
 Suzanne Graham, R.N., Ph.D.<sup>e</sup>, Robert E. Lasky, Ph.D.<sup>f</sup>, J. Bryan Sexton, Ph.D.<sup>g</sup>,  
 Eric J. Thomas, M.D., M.P.H.<sup>f</sup>

**Table 1** Description of domains behavioral markers of team behavior assessed by the observers

Behavioral marker domain	Description
Used in univariate analysis and calculation of BMRI	
Briefing	Situation/relevant background shared; patient, procedure, site/site identified; plans are stated; questions asked; ongoing monitoring and communication encouraged
Information sharing	Information is shared; intentions are stated; mutual respect is evident; social conversations are appropriate
Inquiry	Asks for input and other relevant information
Vigilance and awareness	Tasks are prioritized; attention is focused; patient/equipment monitoring is maintained; tunnel vision is avoided; red flags are identified
Not used in univariate analysis calculation of BMRI	
Assertion	The members of the team are speaking up with their observations and recommendations during critical times
Contingency management	Relevant risks are identified; backup plans are made and executed

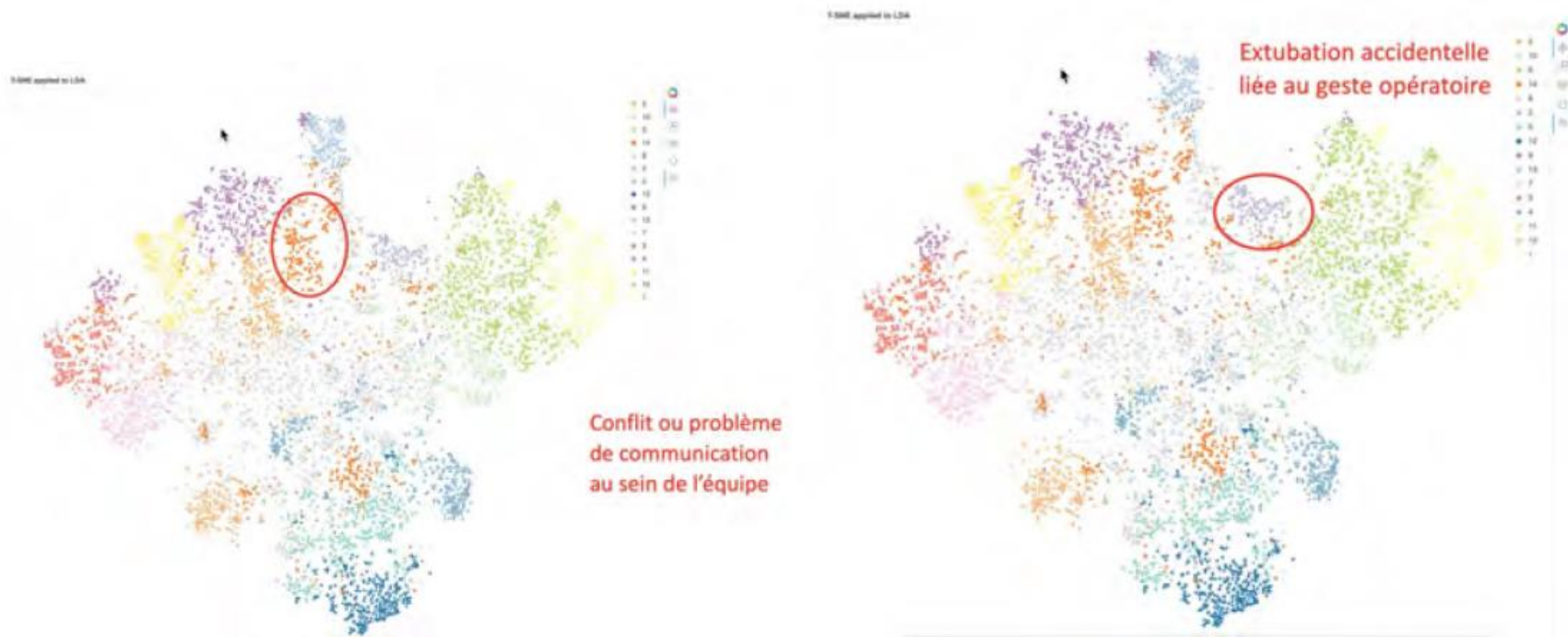


**Figure 1** The predicted relationship between Behavioral Marker Risk Index and postoperative complications and death.

**Table 5** The association of the BMRI with postoperative complications and death

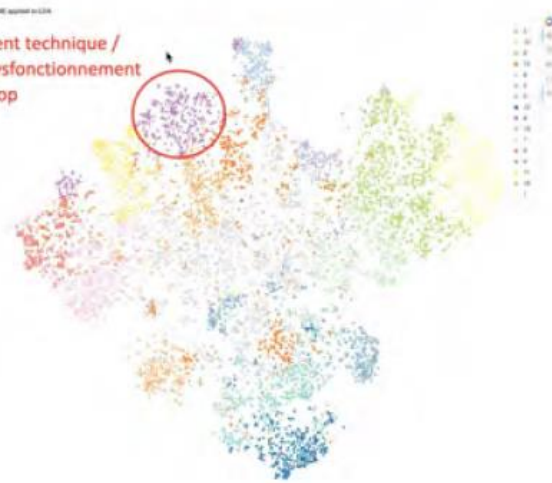
Risk factor	Unadjusted OR	95% CI on the unadjusted OR	P value (Wald test)	Adjusted# OR	95% CI on the adjusted OR	P value (Wald test)
BMRI	5.61	1.53–20.54	0.009	4.82	1.30–17.87	0.019
ASA	1.59	1.06–2.38	0.024	1.51	1.00–2.27	0.049

# Lien Conflit/Extubation Accidentelle

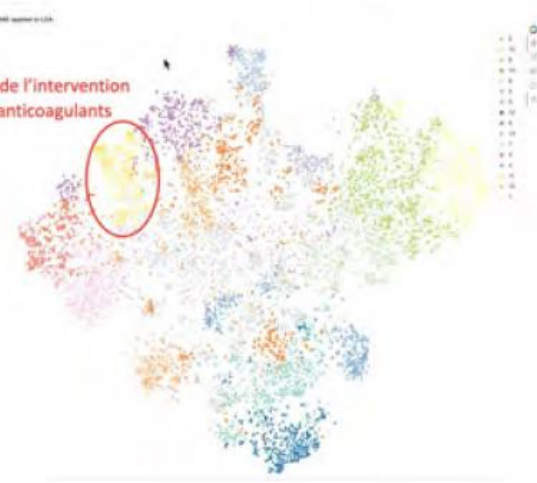


# Rapprochement : consultation/anticoagulant/retard transfusionnel

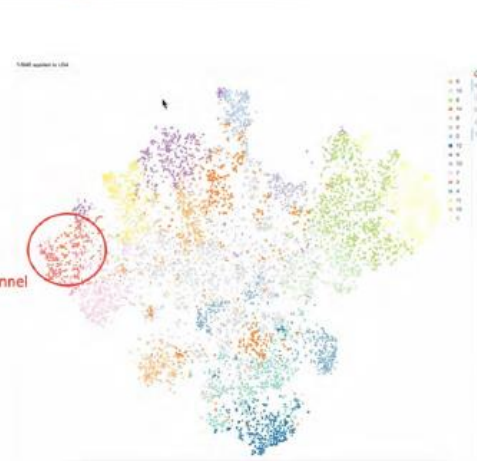
Report / changement technique /  
imprévu lié à un dysfonctionnement  
en CS / circuit pre-op



Report de l'intervention  
lié aux anticoagulants

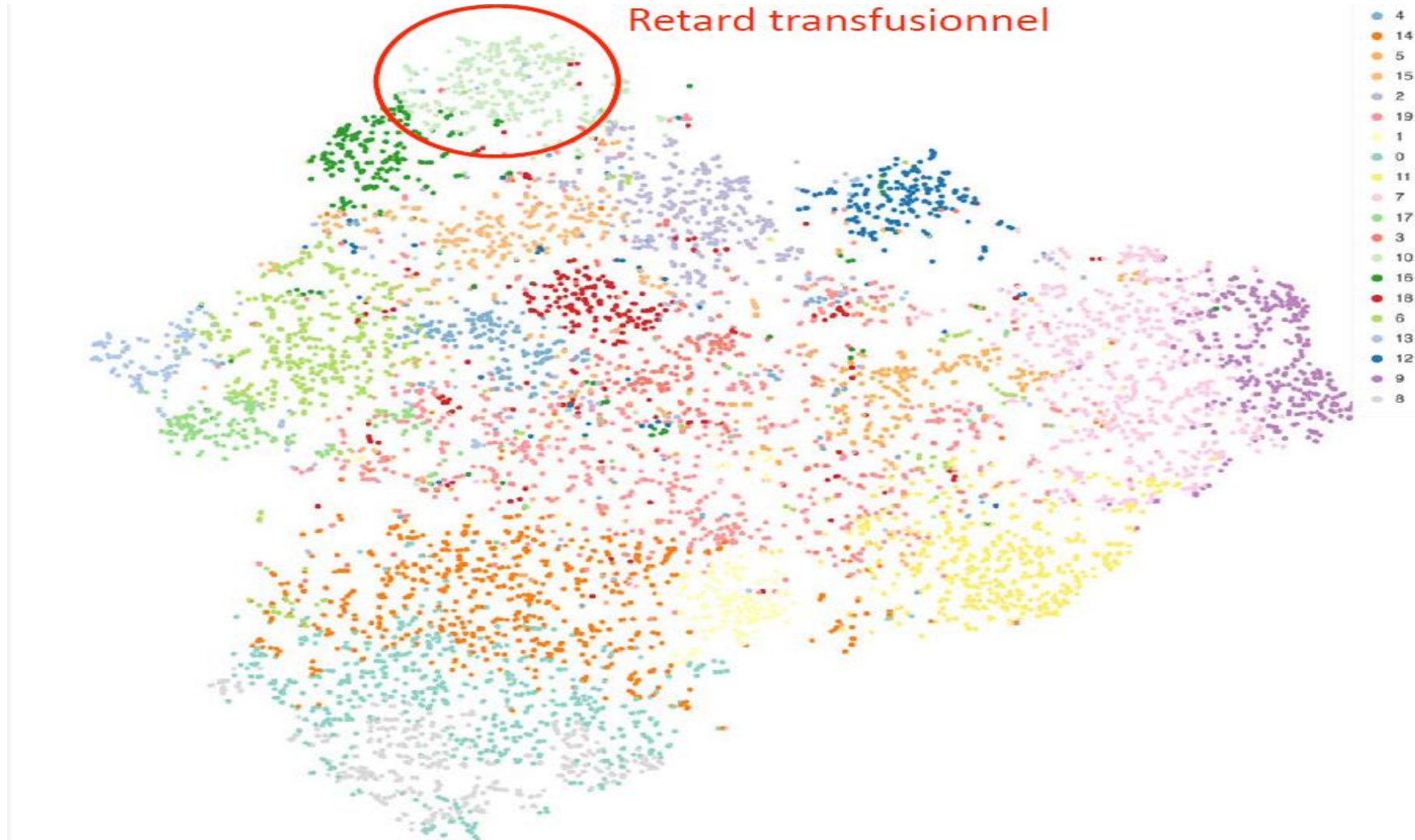


Retard transfusionnel





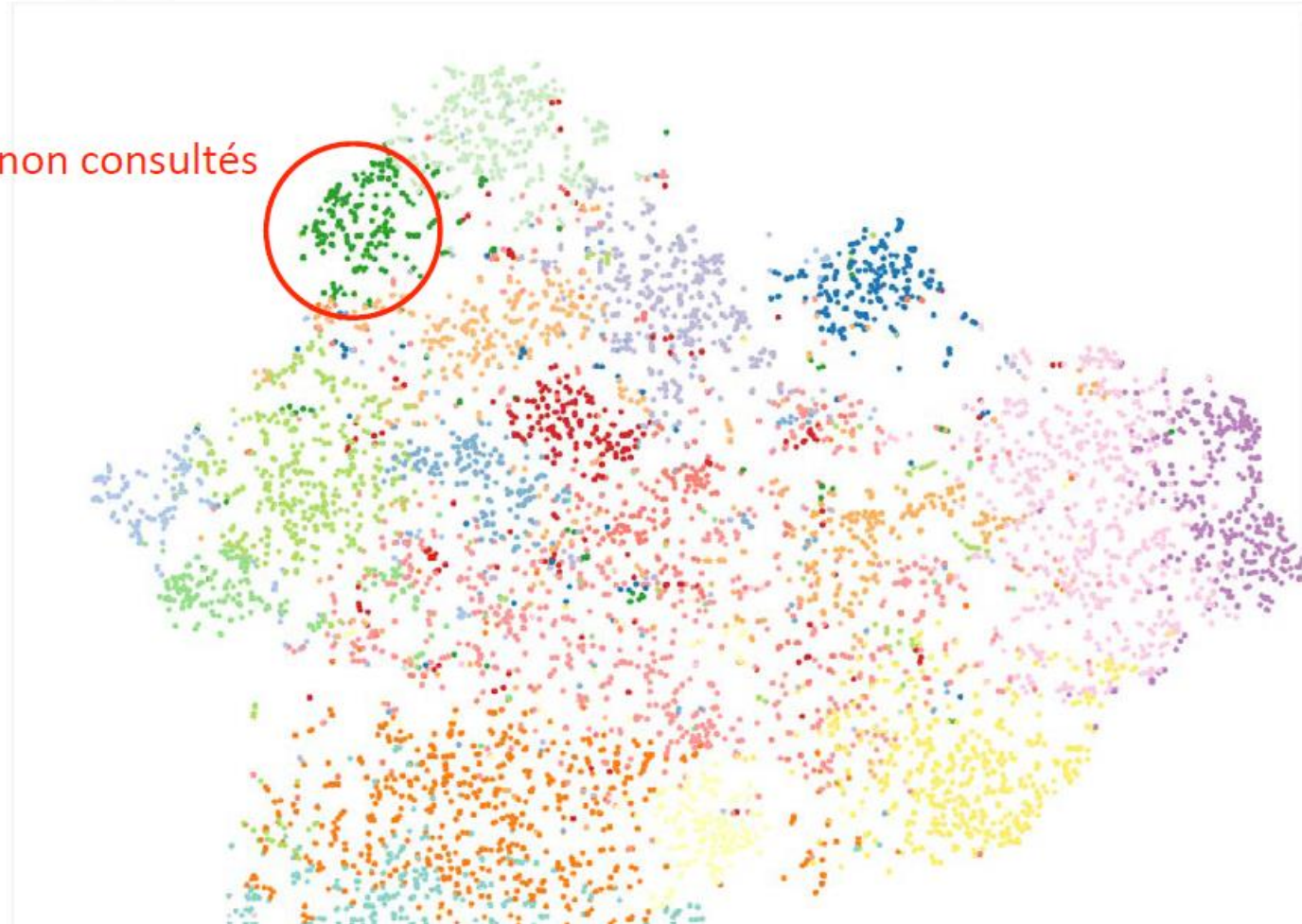
Que peut faire une IA-NLP sur une base REX ?



*Mertes pm, Morgand c, Barach p, Jurkolow g, CFAR, Collective Thinking : unpublished data*

Que peut faire une IA-NLP sur une base REX ?

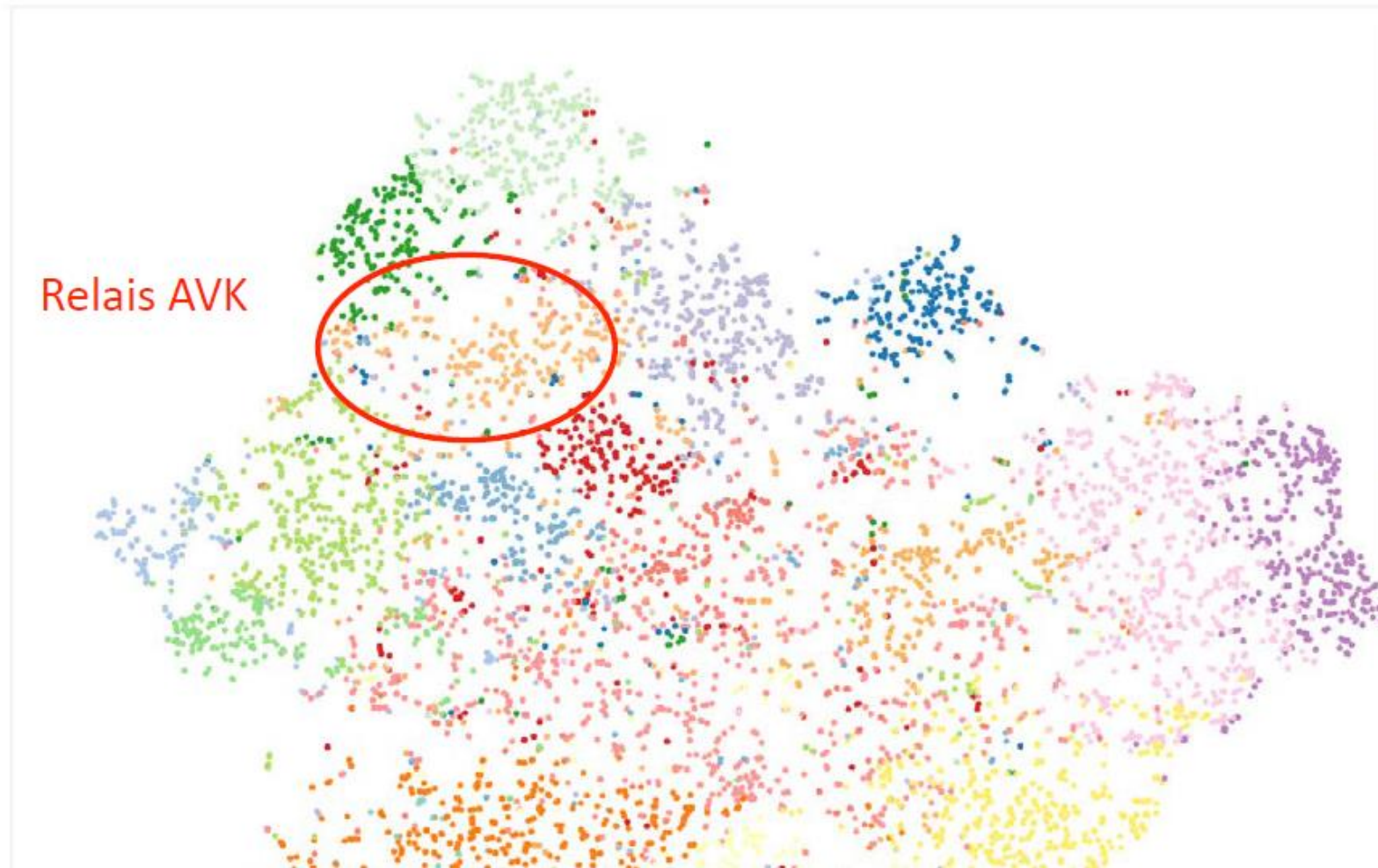
Résultats indisponibles / non consultés



*Mertes pm, Morgand c, Barach p, Jurkolow g, CFAR, Collective Thinking : unpublished data*

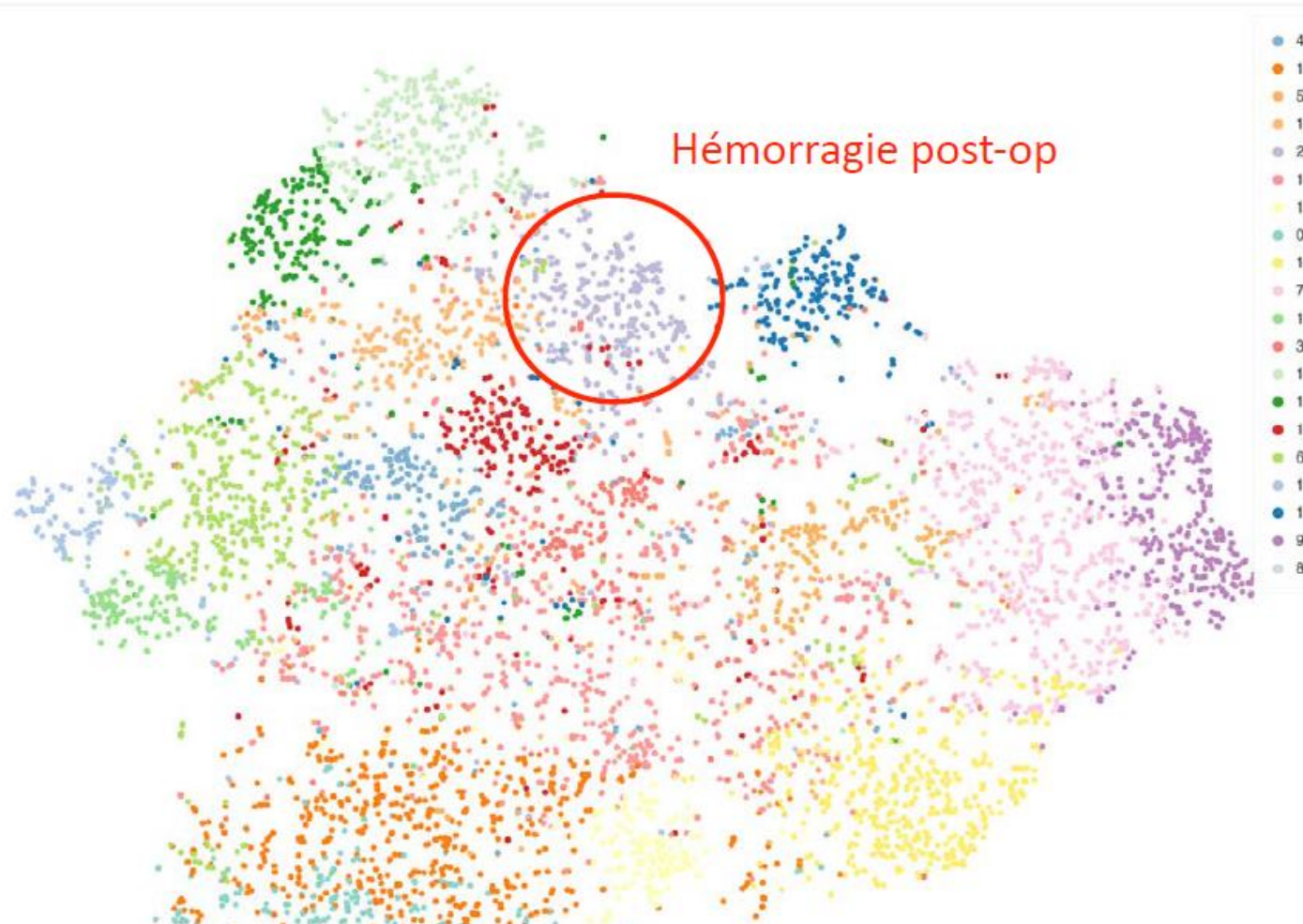


Que peut faire une IA-NLP sur une base REX ?



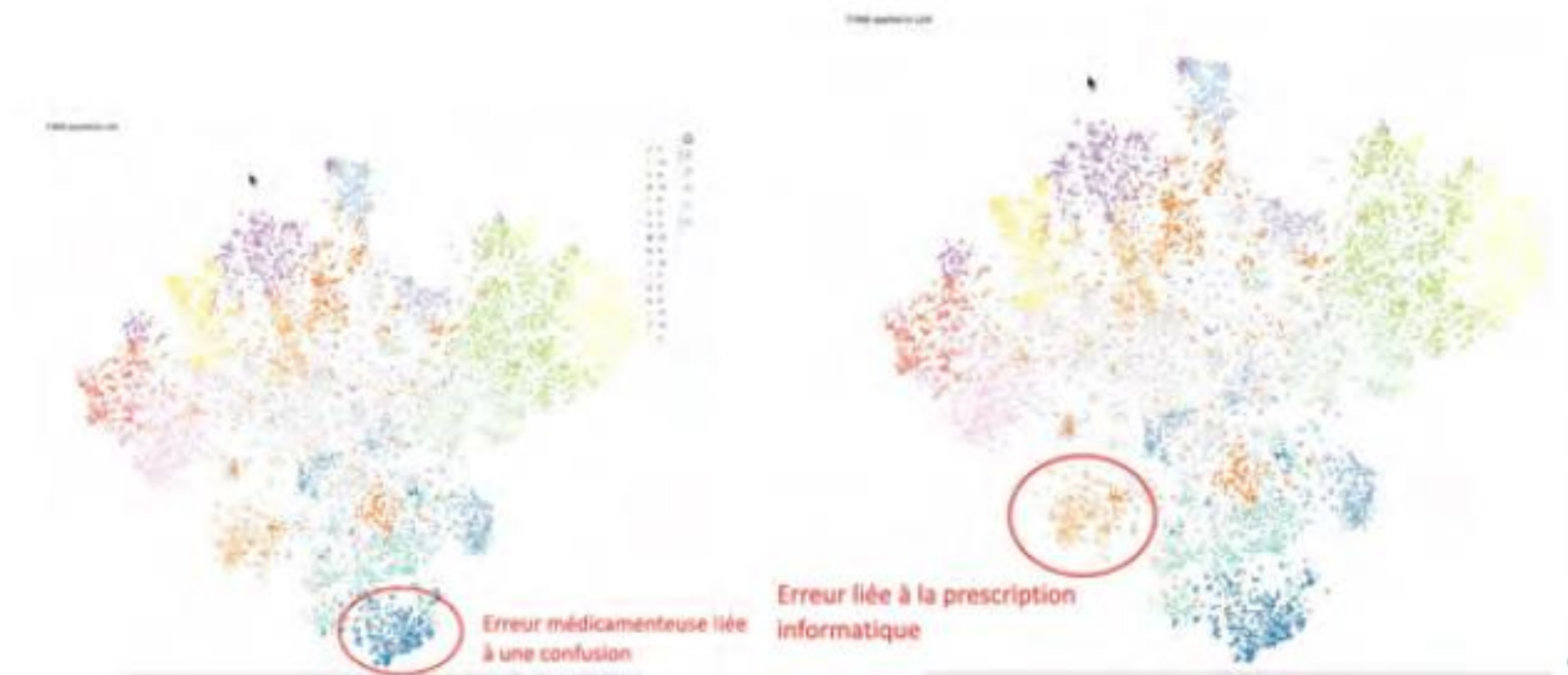
*Mertes pm, Morgand c, Barach p, Jurkolow g, CFAR, Collective Thinking : unpublished data*

Que peut faire une IA-NLP sur une base REX ?



*Mertes pm, Morgand c, Barach p, Jurkolow g, CFAR, Collective Thinking : unpublished data*

# Séparation des causes d'erreur médicamenteuse



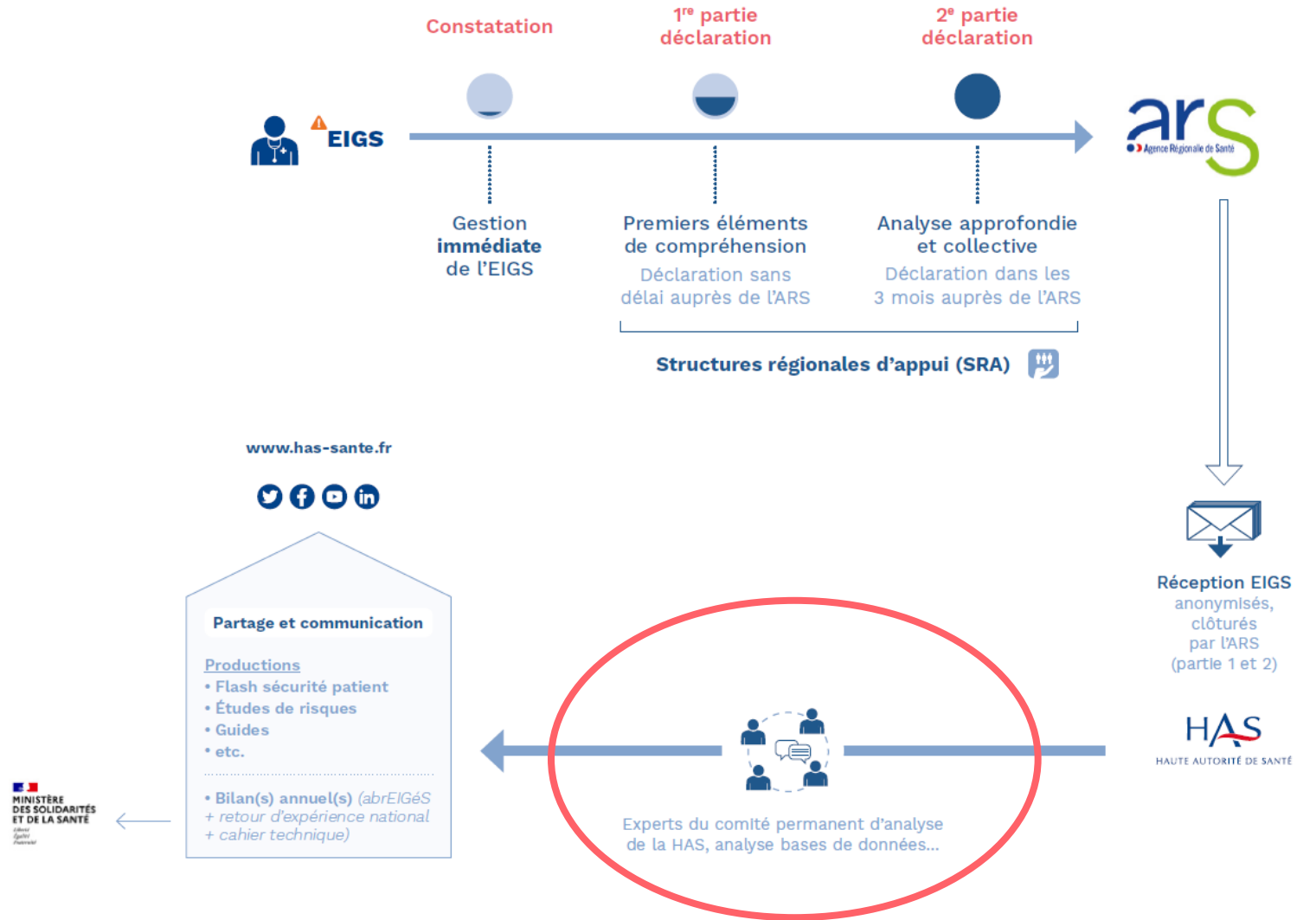
# Clustering et Analyse des Causes

## ERREUR LATÉRALITÉ et ERREUR MÉDICAMENTEUSE

- L'IA a détecté dans le cluster ERREUR LATÉRALITÉ que la détection de l'événement se fait AVANT la chirurgie ( check list?... ) :
  - On a en fait à faire à des événements porteurs de risque dans ce cas précis.
  - Cela permet de voir que sur la latéralité des barrières sont efficaces
- ERREUR MÉDICAMENTEUSE :
  - Les détections avant événement sont plus rares,
  - l'IA retrouve des termes qui renvoient à des complications (tachycardie etc...).
  - Les barrières sont moins efficaces

# Le dispositif EIGS

- Dispositif **obligatoire** de déclaration des événements graves associés aux soins
- EIGS déclarés et analysés par **tous les professionnels** de santé
- Quel que soit leur secteur d'exercice : en établissement de santé, en ville ou dans le médico-social
- Déclaration en 2 temps
- Transmission des signaux complets et **anonymisés** par les ARS à la HAS
- Revue des signaux par les membres GT experts de la HAS
- Constitution de la base REX EIGS (déclarations + analyse des experts) à la HAS
- **Exploitation de la base par la HAS**





# Objectif du projet IA

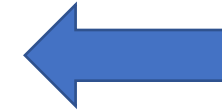
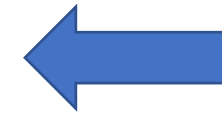
🌀 Développer un **modèle d'apprentissage supervisé** avec **traitement automatique du langage** pour aider à la classification « automatique » des EIGS entrant en base à la HAS.

- **Comparaison du moteur de règles** avec des méthodes de Machine Learning → des données annotées permettront « d'apprendre » à classifier les EIGS en regroupement
- **Utilisation des variables textuelles** des EIGS autres que les variables « experts » → le traitement Automatique du Langage (TAL) permettra de représenter le texte numériquement

Campagne d'annotation = **étape primordiale dont la qualité jouera un rôle majeur dans l'entraînement des algorithmes**

# Répartition des EIGS annotés

Regroupement par grandes thématiques (libellés non définitifs)	%
En lien avec les soins ou à l'organisation des soins	26
Erreurs médicamenteuses et iatrogénies	19
En lien avec une procédure opératoire ou anesthésique	13
En lien avec la clinique et le diagnostic	11
Autre, sans cause évidente retrouvée	10
En lien avec une prise en charge obstétricale	8
En lien avec le matériel, l'infrastructure ou la stérilisation	5
Action du patient contre lui-même	5
En lien avec l'information et les systèmes d'information	3



# Génèse de la SSP 3: Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

- Initiative de : HAS, CFAR, FCVD, et SFAR
  - 6 organismes agréés : AFU, CFAR, FCVD, Orthorisq, Plastirisq, SFCTCV
  - recherche de solutions concrètes dans le cadre formel défini par la HAS des « solutions pour la sécurité du patient » (SSP).
- Objectif : construire un outil de nature à améliorer l'organisation et la sécurité de la prise en charge péri opératoire en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun (Qui fait Quoi ?).



# Principes Généraux

- **Anesthésistes** et **Chirurgiens** assument **conjointement** la Qualité des Soins et la Sécurité des Patients dont ils ont la responsabilité.
- Pour gérer la complexité des parcours et répondre aux impératifs de l'organisation, la **définition des rôles et la répartition des tâches** de chacun est nécessaire.
- Les « Points-clés et Solutions » pour la sécurité des Patients » sont un outil pour **l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles**.
- Travail **collectif** réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins.
- **L'analyse des EIAS déclarés** a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations.
- Ce document ne prétend pas imposer des solutions, mais doit être lu comme une liste de questions qui visent à **sécuriser le parcours des patients** en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur **travail en équipe**.

# Principes Généraux

- Dans la chronologie du parcours d'un opéré, l'accent est mis sur le **partage des informations, leur traçabilité et la prise de décision partagée**.
- Les « points clés et solutions » listent dans un ordre chronologique les **15 étapes critiques** qui ont été identifiées comme à l'origine des dysfonctionnements les plus fréquents entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.
- La somme des **compétences individuelles** ne crée une **compétence collective** que s'il existe une définition concertée des objectifs et un partage des responsabilités et résultats.
- La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens s'inscrit dans une **démarche collective de gestion des risques pour assurer la sécurité des patients**.



Le Collège  
Français des  
Anesthésistes-Réanimateurs

## ACCREDITATION EN EQUIPE

Actuellement vous faites des RMM, vous suivez des recommandations, vous assistez à des actions de formation, vous n'avez donc rien à faire de plus, si ce n'est de le formaliser sur le site de la HAS.

N'hésitez pas à nous contacter au 01 45 20 87 20  
ou à

[sdefrance@cfar.org](mailto:sdefrance@cfar.org), [dumeix@gmail.com](mailto:dumeix@gmail.com),  
[paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr](mailto:paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr)



*Merci*

*Pour Votre*

*Attention*