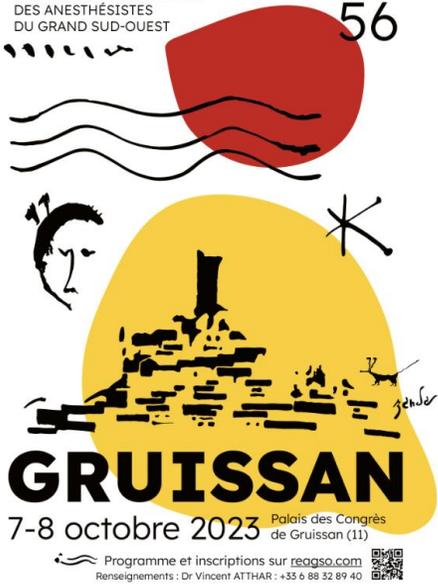


# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

56



## GRUISSAN

7-8 octobre 2023 Palais des Congrès  
de Gruiissan (11)

Programme et inscriptions sur [reagso.com](http://reagso.com)  
Renseignements : Dr Vincent ATTHAR : +33 6 88 52 89 40



Hervé Bouaziz, anesthésiste-réanimateur, NANCY

# Accusé, levez-vous



Liens d'intérêt de l'orateur:



CABINET  
BRANCHET  
GROUPE VERSPIEREN

The logo consists of three lines of text. The first line is 'CABINET' in a grey sans-serif font, with the letter 'A' in blue. The second line is 'BRANCHET' in a bold grey sans-serif font, with the letter 'A' in blue. The third line is 'GROUPE VERSPIEREN' in a smaller blue sans-serif font.

# ASA closed claims in obstetrics: lessons learned

Brian K. Ross, MD, PhD

« Au début des années 1980, la spécialité a connu aux USA d'énormes difficultés à trouver des assureurs

L'anesthésie était considérée comme étant une spécialité à risques qui représentait seulement 3% des médecins assurés comptant pour 11% des coûts versés au patient ayant subi des dommages. Cette situation se traduisait par une envolée des primes d'assurance.

La prévention des risques était le seul paramètre permettant de réduire les plaintes et par la même de réduire les primes »

Anesthesiology Clin N Am  
21 (2003) 183–197

# IMPROVING PATIENT SAFETY IN ANESTHESIA: A SUCCESS STORY?

RICHARD BOTNEY, M.D.

« L'anesthésie est nécessaire à la pratique de la chirurgie et d'autres procédures invasives

L'anesthésie ne procure pas en soi un bénéfice thérapeutique mais permet qu'il se réalise

Le risque inhérent à cette pratique doit nécessairement être le plus petit possible

Des efforts considérables ont été faits en ce sens au point que la spécialité est regardée aujourd'hui comme un leader en matière de gestion des risques et sert de modèle si l'objectif est d'améliorer la sécurité dans le domaine de la santé »

**Dormez tranquilles, l'anesthésie est sûre**

En vingt ans, la sécurité de cet acte est devenue très fiable.

par [Eric Favereau](#)

publié le 19 septembre 2003 à 1h03



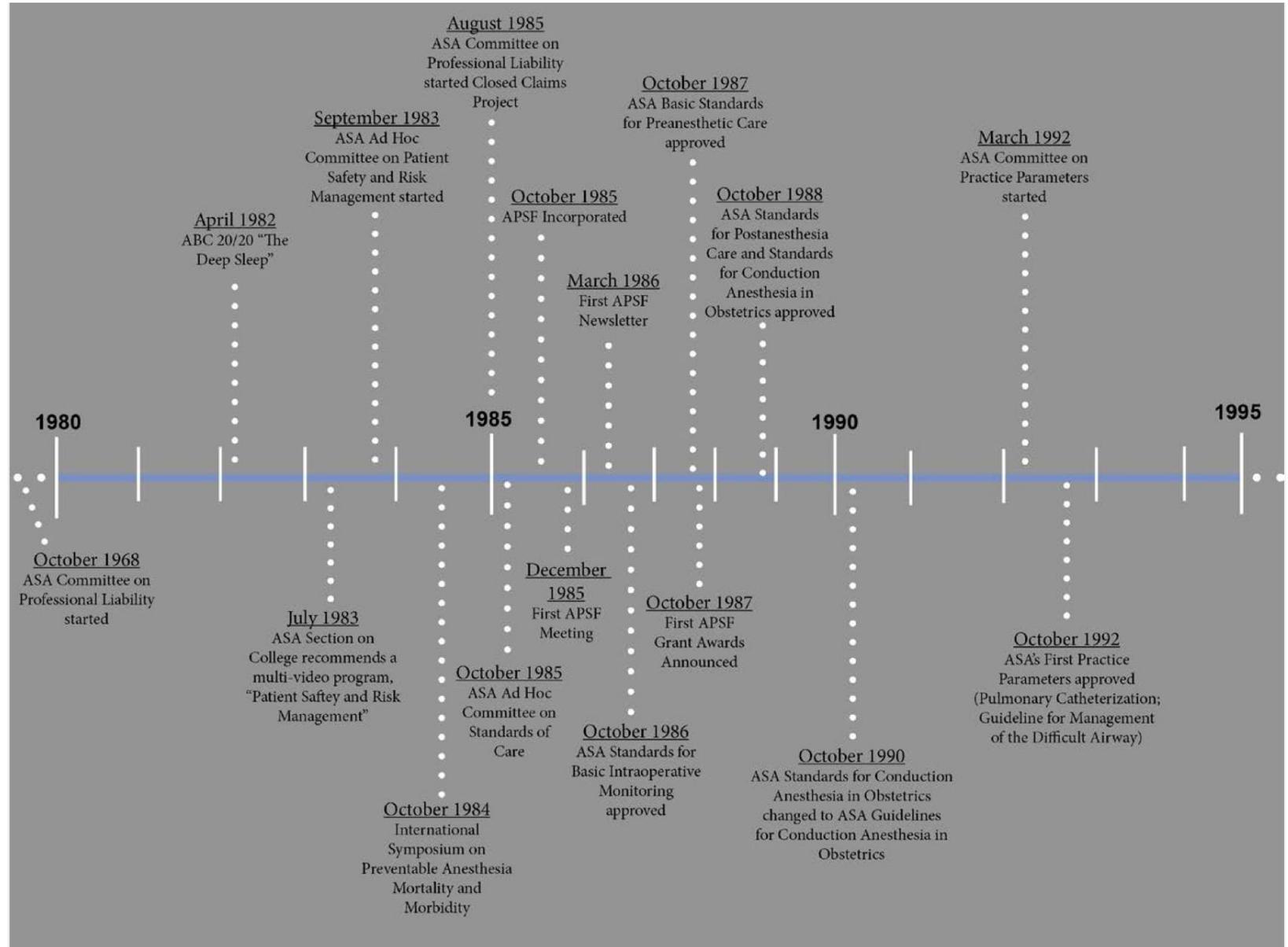
**Fig. 2.** This timeline depicts major events that contributed to anesthesiology's lead role in improving patient safety during the years 1968 to 1992. ABC, American Broadcasting Corporation; APSF, Anesthesia Patient Safety Foundation; ASA, American Society of Anesthesiologists.

# ANESTHESIOLOGY

## The Evolution of the Anesthesia Patient Safety Movement in America: Lessons Learned and Considerations to Promote Further Improvement in Patient Safety

Mark A. Warner, M.D., Mary E. Warner, M.D.

*ANESTHESIOLOGY* 2021; 135:963–75



# ASA closed claims in obstetrics: lessons learned

Brian K. Ross, MD, PhD

En 1984, nombre de programmes ont été proposés par l'ASA dans le but d'améliorer la sécurité des patients  
Parmi eux: « The Closed Claims Project »

Du fait de la rareté des accidents d'anesthésie il était difficile à l'époque de les analyser de façon prospective  
ou même rétrospective

35 compagnies d'assurance soit 15,000 des 24,000 anesthésistes exerçant aux USA à cette époque ont accepté  
de participer à cet effort national.

Anesthesiology Clin N Am  
21 (2003) 183–197

Anesthesiology Clin N Am  
21 (2003) 183–197

# ASA closed claims in obstetrics: lessons learned

Brian K. Ross, MD, PhD

## Les limites:

- On ne connaît pas l'incidence des événements ayant conduit à une plainte
- On ne connaît que les plaintes qui ont été déposées et dont le dossier est clos
- La majorité des dommages attribuables à une erreur médicale n'aboutissent pas à une plainte
- Il y a un délai conséquent entre la plainte et la clôture du dossier (les événements émergents ne seront détectés que 5 à 10 ans après le dépôt de plainte)



# Closed claims' analysis

Julia Metzner, MD, Assistant Professor<sup>a</sup>, Karen L. Posner, PhD, Research Professor<sup>b</sup>, Michelle S. Lam, BS, Research Study Assistant<sup>c</sup>, Karen B. Domino, MD, MPH, Professor<sup>\*</sup>

“Sentinel Events” associated with anaesthesia.

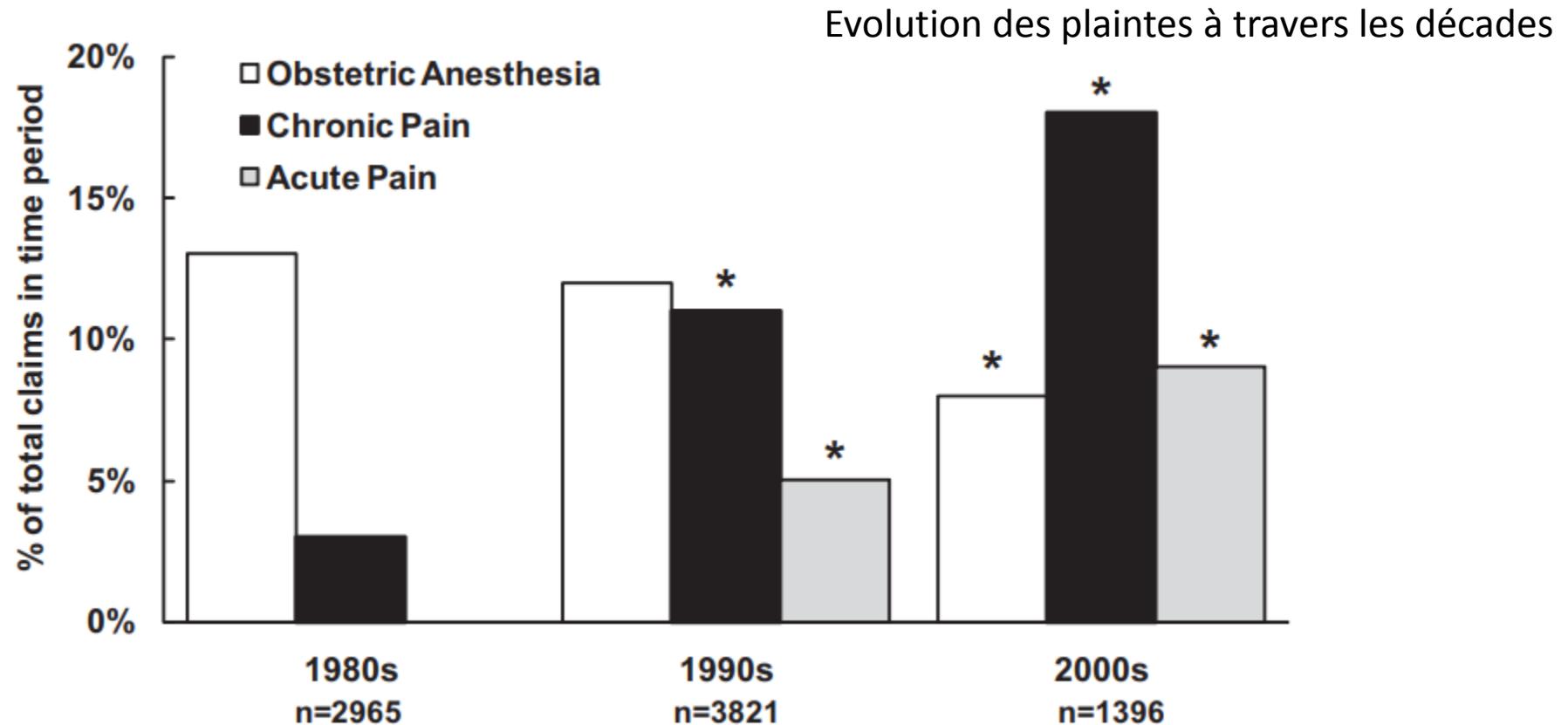
	No. Claims
Permanent brain damage	867
Airway injury	581
Difficult intubation	466
Spinal cord injury	417
Medication errors	283
Aspiration	213
Central venous catheter injury	183

ASA Closed Claims  $N = 8954$ .

Registre d'évènements sentinelles, source de complications rares ayant entraîné un dommage pour le patient

## Closed claims' analysis

Julia Metzner, MD, Assistant Professor<sup>a</sup>, Karen L. Posner, PhD, Research Professor<sup>b</sup>, Michelle S. Lam, BS, Research Study Assistant<sup>c</sup>, Karen B. Domino, MD, MPH, Professor<sup>\*</sup>



De moins en moins de plaintes en rapport avec l'anesthésie pour un acte chirurgical  
 De plus en plus de plaintes en rapport avec la gestion des douleurs aiguës ou chroniques

## Closed claims' analysis

Julia Metzner, MD, Assistant Professor<sup>a</sup>, Karen L. Posner, PhD, Research Professor<sup>b</sup>, Michelle S. Lam, BS, Research Study Assistant<sup>c</sup>, Karen B. Domino, MD, MPH, Professor<sup>\*</sup>

Les ASA closed claims représentent une source unique de données concernant des évènements rares

Ces données ont permis de tester des hypothèses qui ont abouti à des changements de pratique

L'émergence de pratiques à l'origine de plaintes a pu être observée (douleur chronique, sédation et anesthésie pratiquée hors du bloc opératoire et plus récemment la téléconsultation)

La répartition des dommages en fonction du type d'anesthésie est également riche en enseignement

Ces observations permettent d'ajuster les stratégies pour améliorer la sécurité en anesthésie

# Anesthesiology: where to focus your efforts

L'évaluation périodique des compétences techniques et de l'utilisation du matériel est critique

L'évaluation rigoureuse préopératoire du patient



Communiquer avec la famille et les équipes en charge du patient

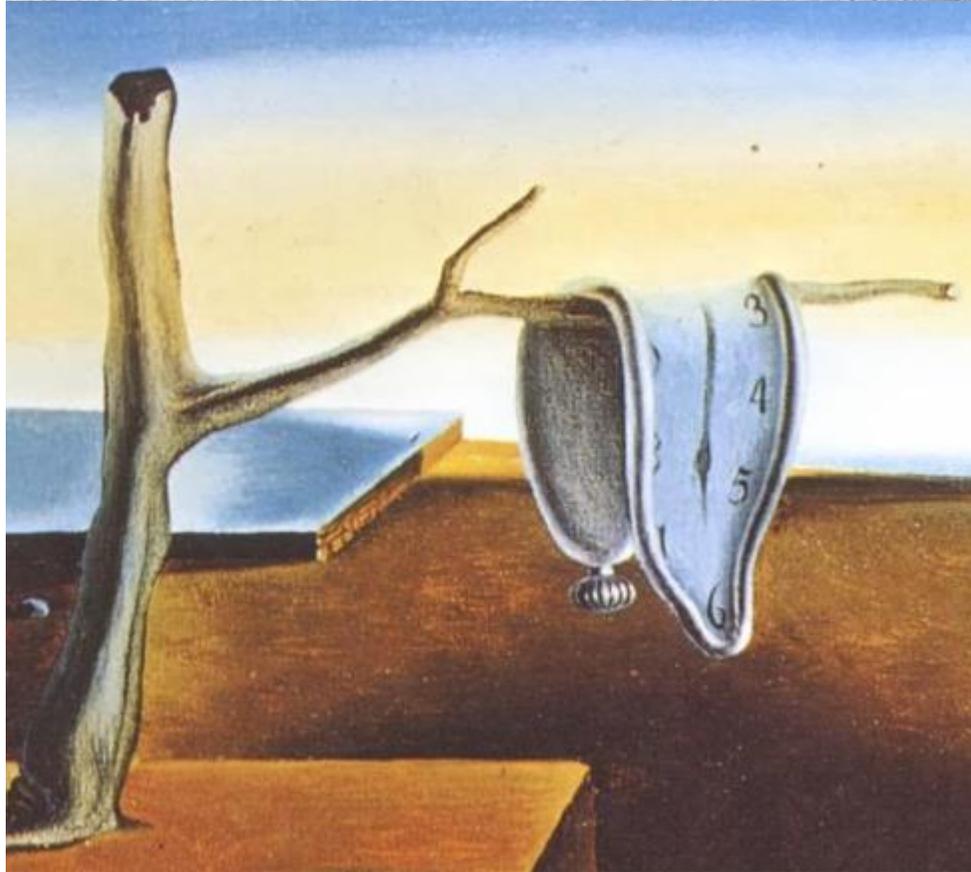
Compléter le dossier patient de façon exhaustive

Connaitre et respecter le cadre de la légitimité à prendre en charge des pratiques complexes

Suivre les précautions nécessaires à la sécurité des patients avant pendant et après chaque prise en charge, y compris les volets deux et trois de la check list de l'HAS

Affaires closes entre 2011 et 2020

LONG TIME AGO...



Coupable!



Décisions trop souvent arbitraires...



Puis vint le temps des...



## Décrets/Recommandations...



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

RFE – Recommandations Formalisées d'Experts

RPP – Recommandations de Pratiques Professionnelles

Préconisations

Recommandations et guides

<< < 1 / 159 > >>

TRIÉ PAR : PERTINENCE ▾

RTD Civ. 1997 p. 434

Renversement de la charge de la preuve de l'exécution de l'obligation d'information.  
Application à l'obligation du médecin

Patrice Jourdain, Professeur à l'Université Panthéon-Sorbonne (Paris I)

La Cour de Cassation dans un arrêt du 25 février 1997 devait censurer la décision de la Cour d'Appel de Rennes

En l'espèce, à l'occasion d'une coloscopie avec ablation d'un polype, le patient subit une perforation intestinale. Il se prévalut notamment de ce que le praticien ne l'avait pas informé du risque de perforation au cours d'une telle intervention. Mais les juges du fond, tant en première instance qu'en appel, firent application de la jurisprudence habituelle de la Cour de cassation (V., en dernier lieu, sur cette jurisprudence, Civ. 1<sup>re</sup>, 4 avr. 1995, **Bull. civ.** I, n° 159) et repoussèrent sa prétention au motif qu'il n'avait pas apporté la preuve que le praticien ne l'avait pas averti de ce risque. L'arrêt attaqué est cassé au visa de l'article 1315 du code civil. La Haute juridiction pose d'abord, dans un chapeau interne, un principe de large de portée selon lequel « **celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation** ». Puis, appliquant ce principe à l'espèce, la Cour de cassation, estimant que le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, énonce « qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ».

## Legal Case Summary

### **Chester v Afshar [2004] 3 WLR 927**

Establishing causation following consent to medical treatment and subsequent injury.

#### Facts

The claimant Chester, had managed with bad back pain for several years, which severely limited her ability to walk around and interfered with her ability to control her bladder. A medical examination and test revealed a problem with her spinal cord, and subsequently her doctor, the defendant, advised that she undergo surgery to remedy the problem. Notably, this surgery carried a very minor risk (1% approximately) that it would in fact worsen the issue, however the claimant had not been warned of this risk by the defendant. The claimant agreed to the operation, which was carried out responsibly, however she fell within the 1%. The claimant subsequently submitted she may not have consented to the surgery had she been aware of the possible risks. At first instance, the judge determined that whilst the defendant had not been negligent in his surgical performance, he was liable for having failed to adequately inform the claimant of the risks, as had the operation been performed on an alternative date, her injuries may not have been exacerbated. At first appeal, the Court of Appeal approved the initial judgment.

#### Issues

The defendant appealed, submitted that there was no causation as the likelihood of the claimant having consented to the operation at some point did not alter the fact that the operation bore risks.

#### Decision / Outcome

The House of Lords dismissed the appeal (in a 3 – 2 split decision), holding that the defendant had failed in his tortious professional duty, satisfying the 'but for' test, and that the claimant deserved a remedy.

# Elaine Bromiley, just a routine operation

On est en 2005

Patiente Anglaise de 37 ans

ASA1

Intervention sur les sinus

Décédée 7 jours plus tard

Défaillance de leadership

Défaillance de conscience de la situation

Défaillance d'élaboration des priorités

Défaillance de prise de décision

Défaillance de communication

Défaillance d'affirmation de soi



# L'affaire Farçat jugée au tribunal de Paris La mort par défaut de surveillance d'un opéré

Famille de hauts fonctionnaires dont le fils, Alain, 25 ans, va mourir en 1973 par défaut de surveillance en postopératoire d'une amygdalectomie

La seule chose positive dans cette affaire c'est que les anesthésistes se disent qu'enfin les pouvoirs publics vont comprendre pourquoi la spécialité demande des salles de réveil

Deux circulaires dont la circulaire Poniatowski, qui rappelaient aux directeurs d'établissement qu'il serait mieux d'avoir des salles de réveil...10 ans après il y avait une salle de réveil sur 2 qui n'était pas dotée de tous les moyens nécessaires

Il a fallu passer à un décret, celui du 5 décembre 1994, beaucoup plus fort au plan réglementaire qu'une circulaire...

Un grand avocat raconte : 6. Me Paul Lombard et l'affaire Albertine Sarrazin

Nous sommes en 1967. Albertine a 30ans.

Puis vint le tour de l'anesthésiste. L'homme-orchestre de l'établissement. À la fois anesthésiste-réanimateur – oui, mais pas diplômé – et directeur administratif de la clinique Saint-Roch. Et notre homme d'affirmer, sans rire, que cette dualité d'emploi lui rendait très difficile la mise à jour permanente qu'un médecin se doit d'assumer pour épouser l'évolution quotidienne de sa discipline...

Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

Le 30 octobre 1984, Nicole Berneron, 34 ans, est opérée au Centre hospitalier de Poitiers d'une tumeur de la parotide. L'opération est simple, c'est un ORL, le Pr Fontanel qui doit s'en charger. Mais ce matin là, le professeur ne trouve pas d'anesthésiste disponible, il contacte le Pr Pierre Mériel, chef du service d'anesthésie-réanimation, qui prend le dossier à la volée. En entrant dans le bloc, le Pr Mériel est accompagné de Denis Archambeau, qui passe à Poitiers sa 2eme année de CES. C'est la première fois que les deux médecins travaillent ensemble.

### **Il en est sûr, on a voulu le saborder**

L'opération se termine, lorsque les infirmières constatent une légère cyanose au niveau des lèvres et du lobe des oreilles. L'électrocardioscope indique une bradycardie à 45 battements par minute et la fréquence cardiaque ralentie de plus en plus. Les infirmières appellent le Pr Mériel. A son arrivée, la jeune femme est en arrêt cardiaque. Malgré l'injection d'adrénaline et d'isuprel, Nicole Berneron décède après 1h15 de réanimation.

Dans l'après-midi, l'anesthésiste ne cesse de penser à l'opération. Que s'est-il passé ? Il en parle à ses collègues... On lui suggère un surdosage en protoxyde d'azote. Intrigué, il retourne en salle d'opération, observe les tuyaux du respirateur : ils sont inversés !

Pierre Mériel se rend à la direction. Il en est sûr, on a voulu le saborder. Une semaine plus tard, le professeur organise une conférence de presse. Publiquement et sans équivoque, il parle d'assassinat. Deux suspects sont désignés, ses deux collègues, Denis Archambeau et Bakari Diallo, un autre anesthésiste.

Très vite, l'enquête explore la piste engagée par le Pr Pierre Mériel. Car les deux jeunes médecins ont un mobile : la vengeance. Surtout le Dr Diallo. La veille de l'opération il avait appris, de la bouche de son chef de service, sa mutation en urologie. Elle faisait effet le lendemain.

Suivront trois ans d'instruction. **Mais la justice manque de preuves.** Le procès s'ouvre le 15 février 1988 dans l'enceinte du tribunal de grande instance de Poitiers. Pendant sept jours, la cour d'assises se penche sur les personnalités des trois protagonistes, sur leurs relations de travail. Elle épluche les comptes-rendus d'opération et les rapports d'autopsie et écoute les points de vue d'un nombre impressionnant de pontes de la médecine, dont les expertises sont plus contradictoires les unes que les autres. 300 journalistes assistent au procès, la presse se passionne pour cette rocambolesque affaire criminelle sur fond de querelle d'égos entre médecins.





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Arrêté du 22 octobre 1982 fixant les dispositifs amovibles de sécurité des circuits d'alimentation en gaz médicaux et pièces intermédiaires des systèmes respiratoires

**DGS**

**Direction générale de la Santé**

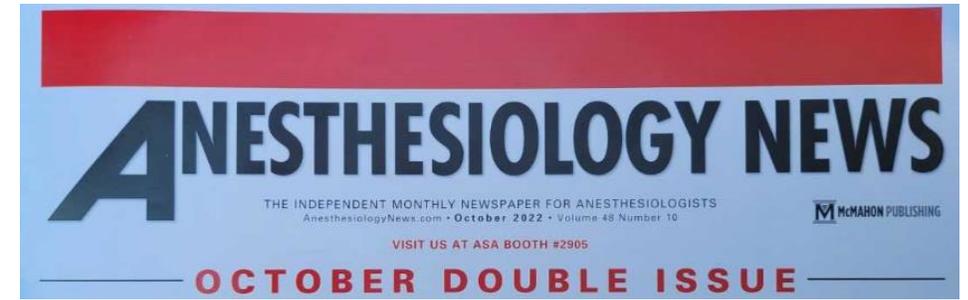
**Circulaire DGS/3A/667 bis du 10 Octobre 1985 relative à la distribution des gaz à usage médical et à la création d'une commission locale de surveillance de cette distribution.**

# **Les cinq zones d'ombre de l'affaire Péchier, l'anesthésiste de Besançon soupçonné d'empoisonnement**

Depuis six ans, l'instruction peine à démontrer l'implication de l'anesthésiste de Besançon - Frédéric Péchier, toujours en liberté.

**Pas de preuve matérielle**

Soyons prêts:



## l'enregistrement vidéo au bloc opératoire gagne du terrain!



Après le sport, les audiences de justice et l'aviation, le bloc opératoire semble être la prochaine cible du « big brother »

L'expérience issue des blocs opératoires qui ont accepté de se prêter au « jeu » semble plutôt positive.

Pour la première fois, un groupe composé d'éthiciens, d'avocats, d'anesthésistes et de chirurgiens s'est réuni pour évoquer les implications éthiques, légales et sociales de l'enregistrement vidéo au bloc opératoire.



*The First Global Conference on*  
**Ethical, Legal and Social Implications  
of Surgical Recording**

# Implementation of an Innovative Technology Called the OR Black Box: A Feasibility Study

Surgical Innovation

OnlineFirst

© The Author(s) 2022, Article Reuse Guidelines

<https://doi.org/10.1177/15533506221106258>



**Kjestine Emilie Møller, MD <sup>1</sup>, Jette Led Sørensen, MD, MMed, PhD<sup>2,3</sup>, Martha Krogh Topperzer, RN, MSSc, PhD<sup>2</sup>, Christian Koerner, MSc<sup>4</sup>, Bent Ottesen, MD, DMSc<sup>2,3</sup>, Mikkel Rosendahl, MD, PhD<sup>1</sup>, Teodor Grantcharov, MD, PhD<sup>5,6</sup>, and Jeanett Strandbygaard, MD, PhD<sup>1,3</sup>**

*Implementation of the OR Black Box was feasible yet challenging. Management, nearly all staff, and patients embraced the initiative; however, ongoing evaluation, information meetings, and commitment from stakeholders are required and crucial to sustain momentum, continue implementation and expansion. Ideas from this study can be useful in the implementation of similar initiatives.*



# Patient Perceptions of Audio and Video Recording in the Operating Room

Ann Surg. 2021.

Jean-Nicolas Gallant <sup>1</sup>, Kathleen Brelsford, Sahil Sharma, Teodor Grantcharov, Alexander Langerman

49 sujets interrogés à l'aide d' interview semi-structurées

**Results:** Forty-nine subjects were interviewed. Subjects recognized the potential for recording to improve surgical quality, safety and training. Subjects also desired access to an objective record of their own surgery, for the purposes of future care, medical-legal evidence, and to satisfy their own curiosity and understanding. Subjects had mixed perceptions regarding OR decorum and thus, differing views on the potential effect of ORR on OR behavior; some imagined that ORR would discourage bad behavior and others worried that it would cause unnecessary anxiety to the surgical team.

**Conclusions:** Patients have a diverse set of views about the potential benefits, risks, and uses for OR data and consider themselves to be important stakeholders. Our study identifies pathways and potential challenges to implementation of continuous audio/video recording in operating rooms.

# Legal perspectives on black box recording devices in the operating environment

A. S. H. M. van Dalen<sup>1</sup>, J. Legemaate<sup>2</sup>, W. S. Schlack<sup>3</sup>, D. A. Legemate<sup>4</sup> and M. P. Schijven<sup>1</sup>

**Conclusion:** Transparency on the use and purpose of recorded data should be ensured to both staff and patients. The recorded video data do not need to be used as evidence in court if patient medical records are well maintained. Clear legislation on data responsibility is needed to use the medical recorder optimally for quality improvement initiatives.



*BJS* 2019; 106: 1433–1441



## The dark side of the moon...

La médecine défensive est une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste d'avantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés au patient

C'est une médecine plus coûteuse qui conduit les médecins à prescrire des examens complémentaires le plus souvent inutiles, mais destinés, en cas de problèmes, à prouver aux juges qu'ils n'ont pas été négligents (positive defensive medicine) (explique en partie l'inflation du taux de C/S en France)

C'est une médecine de moins bonne qualité puisque certains médecins renonceraient aux opérations les plus innovantes qui sont souvent les plus risquées, ou encore se débarrasseraient des patients qu'ils supposent les plus enclins à recourir à la justice (negative defensive medicine)

C'est la fin du rapport de confiance, fondement absolu du colloque singulier médecin/malade qui ne serait plus si singulier puisque derrière chaque patient, la figure du juge se profilerait désormais

## Malpractice liability and defensive medicine in anesthesia: Egyptian anesthesiologists' perspectives

Shaimaa A. Shehata <sup>a</sup>, Ghada A. Kamhawy <sup>b</sup>, Rasha M. Farghaly <sup>c</sup>, Enas M. A. Mostafa <sup>a</sup>, Riham F. Galal <sup>d</sup> and Reda A. Ismail <sup>b</sup>

Varie selon les pays (Iran, Japon, USA, Soudan, Turquie, Italie, Israël...)  
Varie selon les spécialités (Neurochirurgie, Psychiatrie  
Gynéco-Obstétrique, Médecine Générale...)  
N'est pas l'apanage des médecins (Sages-femmes)

Peut conduire à falsifier des documents  
Peut conduire à une cessation d'activité

L'idée générale est que la médecine défensive  
génère un surcoût

Kalermam E et al. BMC Health Services Research 2022:800

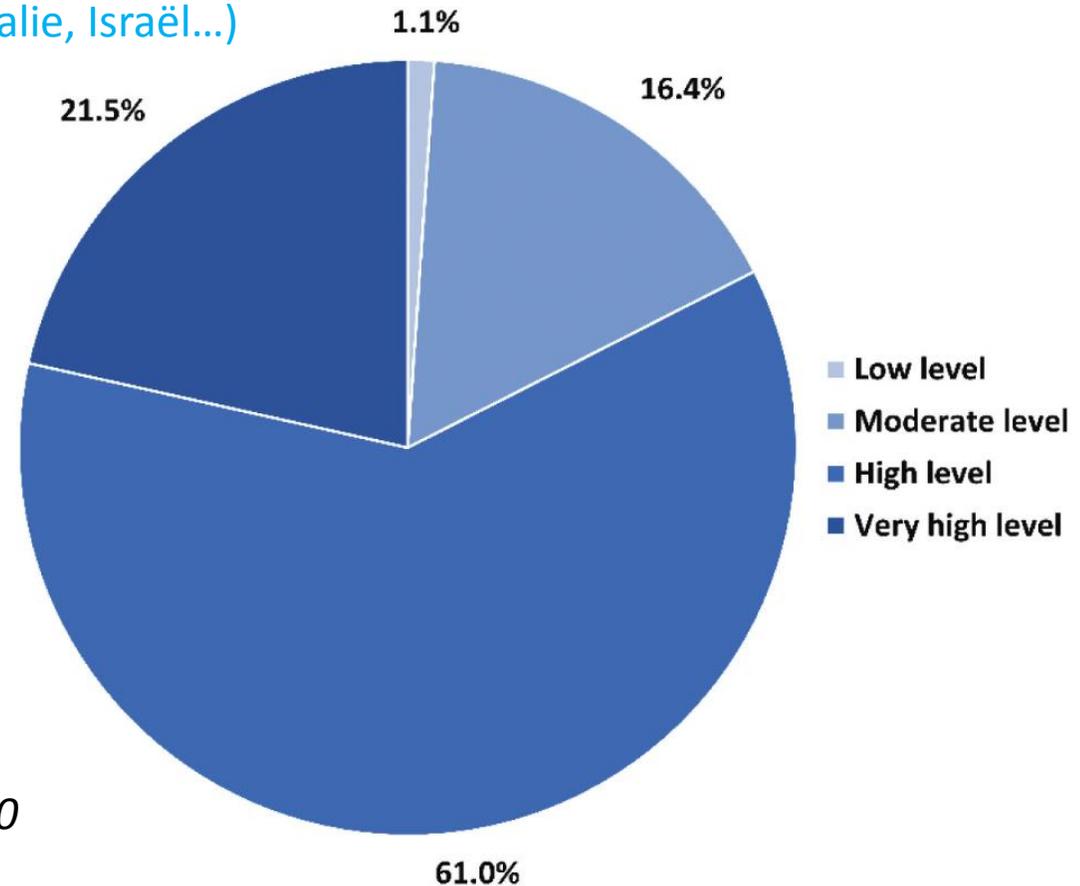


Figure 3. Defensive medicine behavior scale scores of the participating anesthesiologists (n = 177).



# The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review

Edris Kakemam<sup>1</sup>, Morteza Arab-Zozani<sup>2</sup>, Pouran Raeissi<sup>3</sup> and Ahmed Hassan Albelbeisi<sup>4\*</sup>

## Raisons liées au patient:

- Augmentation du nombre de plaintes
- Les praticiens se sentent menacés par les patients
- Un différent antérieur entre patient et praticien
- La volonté d'éviter tout conflit avec les patients
- Une pression exercée par les patients

## Raisons liées à l'organisation:

- Augmentation des primes d'assurance
- Baisse des remboursements par les prestataires de santé
- Couverture insuffisante pour la responsabilité médicale
- Soutien institutionnel insuffisant en cas de mise en cause
- Législation qui protège peu les médecins
- Procédures médicales et/ou organisationnelles inadaptées



# The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review

Edris Kakemam<sup>1</sup>, Morteza Arab-Zozani<sup>2</sup>, Pouran Raeissi<sup>3</sup> and Ahmed Hassan Albelbeisi<sup>4\*</sup>

## Raisons liées au médecin:

- Pratique solitaire
- Antériorité en matière de mise en cause
- Perception d'un risque médico-légal
- Craintes et inquiétudes/médico-légal
- Praticiens à revenus faibles
- Inquiétudes/ conséquences financières/légales
- Manque de confiance en soi
- Défaut de connaissances
- Faible volume d'activité
- Mauvaise relation patient/praticien
- Peur de compromettre la réputation/carrière

## Raisons liées à la société:

- Croire au travail dans un environnement sans sanction
- Un climat qui pousse les patients à porter plainte
- Craintes d'attirer l'attention des médias

## Characteristics and types of defensive medicine behaviors reported in the included studies

- Faire des prescriptions inutiles (médicaments/examens/consultations)
- Adresser le patient inutilement à un autre spécialiste/établissement de santé
- Hospitalisation/Admission non nécessaires
- Procédures invasives non nécessaires (biopsies, endoscopies)
- Passer trop de temps avec le patient et sa famille (détailler la prise en charge, revoir le patient, faire un suivi non nécessaire, remplir le dossier médical plus que nécessaire)
- Être à l'origine d'une communication trop fréquente avec la famille
- Eviter de faire des soins risqués et préférer les soins non invasifs
- Eviter de prendre en charge des patients à risque
- Faire des procédures non nécessaires (réanimation et intubation de patients au pronostique épouvantable, césarianiser quand cela n'est pas nécessaire)
- Eviter de passer d'un traitement parentéral à un traitement oral

# CONCLUSIONS

La SFAR et les autorités de santé produisent des textes qui encadrent la pratique de l'anesthésie-réanimation, réduisant ainsi la part de libre arbitre des experts dans l'analyse des dossiers

Les affaires médico-juridiques, lorsque la presse s'en empare, peuvent être de véritables « booster » pour mettre en place les mesures nécessaires à la sécurité des patients

L'analyse des dossiers clos permet d'orienter la politique de gestion des risques

La médecine défensive est une dérive contre laquelle il faut lutter car potentiellement dangereuse et coûteuse