



# Management pour la prévention des risques en anesthésie

Professeur Benoît Plaud  
Chu Côte de Nacre, Caen  
[plaud-b@chu-caen.fr](mailto:plaud-b@chu-caen.fr)



# Evénements indésirables graves (EIG) liés aux soins

Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM, Domecq S, Haury B, Cases C

Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale.

Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et Résultats. mai 2005 ; 398.

## Mots clés

- Les patients concernés étaient âgés, fragiles et présentaient des pathologies graves et complexes.
- Les EIG en cours d'hospitalisation étaient plus fréquents en chirurgie.
- Les causes latentes identifiées des EIG étaient essentiellement des questions d'**organisation**.

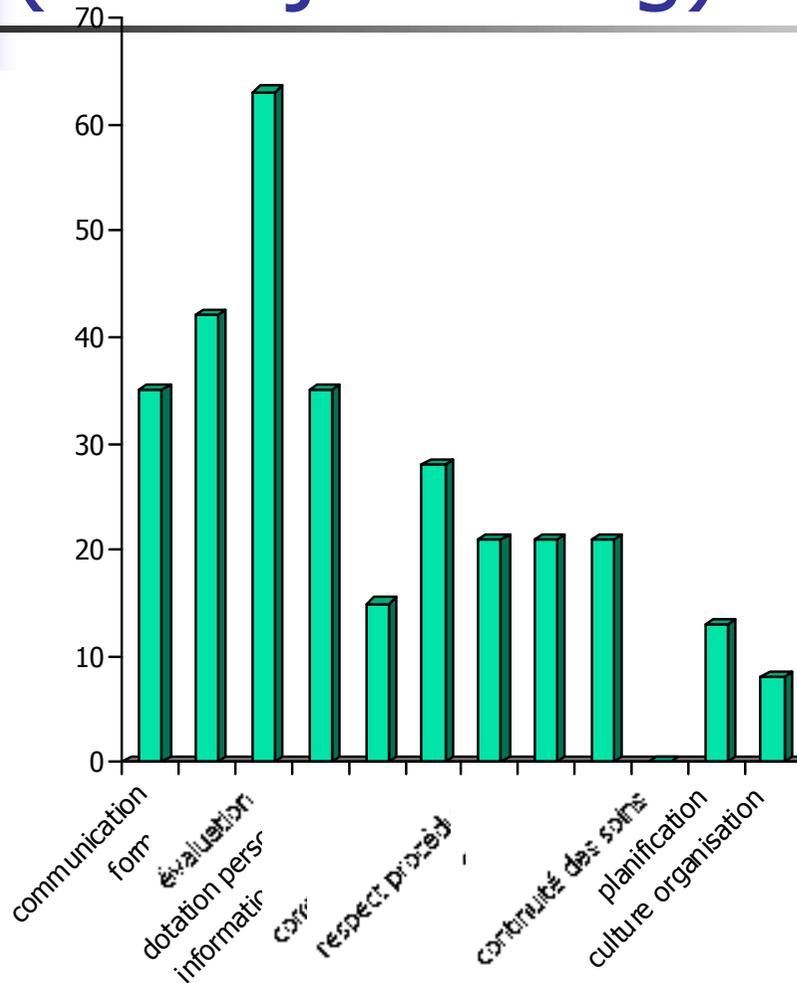
*Michel et coll. Drees Etudes & Résultats 2005:398:115*

# Causes latentes des EIG

- Causes latentes favorisantes
  - Manque d'accessibilité aux informations médicales
  - Défaut de communication entre professionnels
  - Climat tendu entre professionnels
  - Planification des taches non adaptée
  - Mauvaise disposition physique et mentale des professionnels
  - Présence de personnel intérimaire
  - Absence de protocole ou de procédure de soins
  - Locaux inadaptés

*Michel et coll. Drees Etudes & Résultats 2005:398:115*

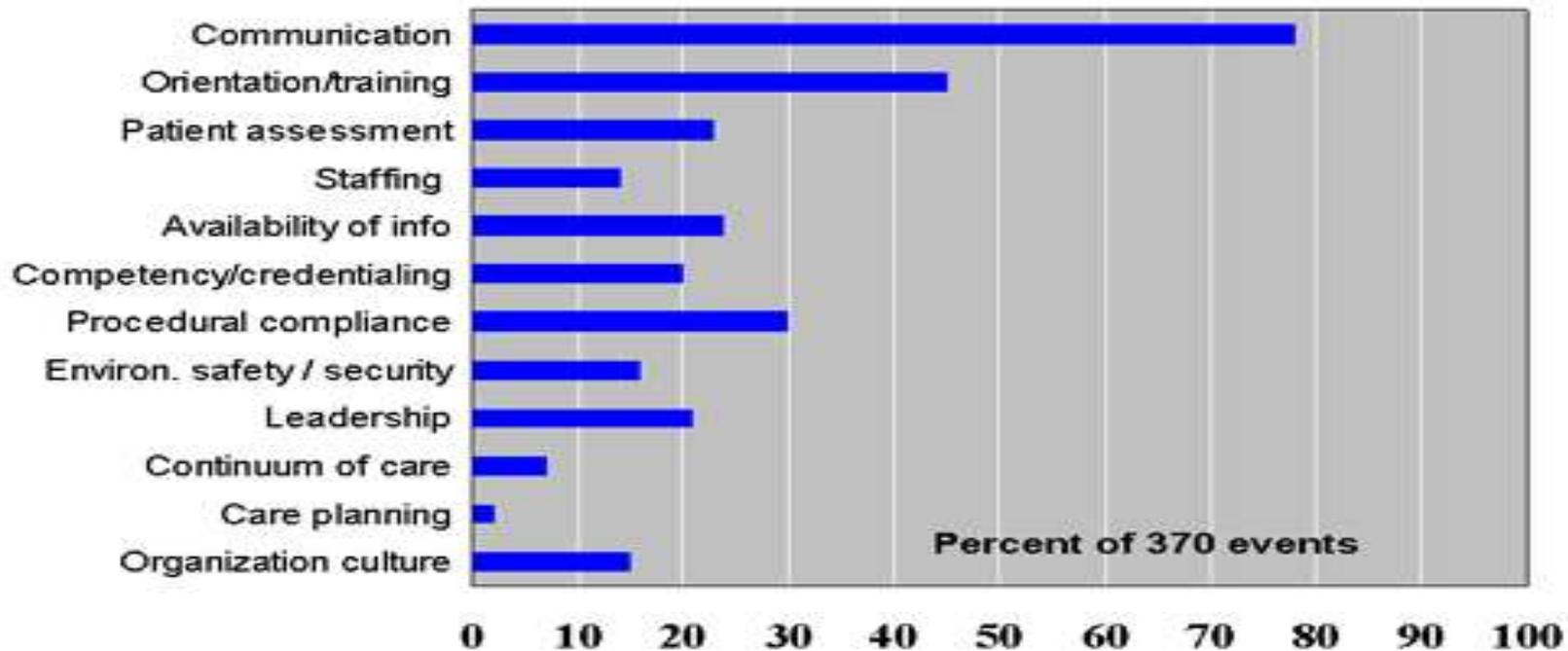
# Retour d'expérience des événements anesthésiques sentinelles ([www.jcaho.org](http://www.jcaho.org))

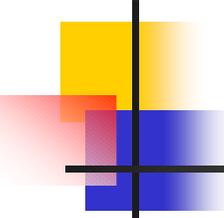


- Déclaration spontanée faible (<1%)
- Causes sources sont souvent multiples
- Le défaut d'évaluation est le + souvent en cause

# Retour d'expérience des évènements sentinelles ([www.jcaho.org](http://www.jcaho.org))

## Root Causes of Wrong Site Surgery (1995-2004)





[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)

---

- Erreur de côté
- Erreur d'administration de médicaments
- Mémorisation per opératoire

*Congrès ASA 2006, Chicago*

# Les 3 risques intriqués (ordre de grandeur différent)

---

- Le risque anesthésique
- Le risque lié au geste chirurgical
- Le risque lié à la pathologie du patient

# Risque anesthésique

- Risque anesthésique propre ( $<10^{-4}$ )
- Risque chirurgical ( $10^{-2}$  à  $10^{-3}$ )
- Risque lié aux pathologies associées
  - ASA III
    - $10^{-4}$
  - ASA IV
    - $0,5 \cdot 10^{-3}$
  - ASA V
    - $1,5 \cdot 10^{-3}$

*Lagasse. Anesthesiology 2002;97:1069-17*

# L'anesthésie en France

- 8 millions d'anesthésie / an
  - Forte ↑ dans la population âgée
  - « *Explosion* » de l'analgésie obstétricale
    - *Clergue et coll. Anesthesiology 1999;91:1509-20*
- La mortalité directement liée à l'anesthésie a diminué d'un facteur 10 entre 1983 et 1999
  - *Lienhart et coll. Anesthesiology 2006 (sous presse)*

# L'anesthésie est-elle une activité médicale aussi sécuritaire que l'on pense?

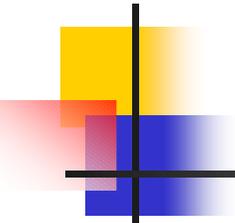
- Données sur la mortalité très hétérogènes
- Quelques chiffres
  - 1985-2005 : 0,05 à 10/10 000
  - 1/200 000
    - *Lagasse. Anesthesiology 2002;97:1069-17*
  - 1/150 000
    - *Lienhart et coll. Anesthesiology 2006 (sous presse)*
- Les études sur des événements médicaux rares sont très complexes.
- Mortalité seule ? Morbidité grave ? Les deux ?
- Pas d'étude spécifique sur l'impact (+ ou -) de la gestion du processus anesthésique.

# Enquête SFAR-INSERM

---

- Facteur équipe
  - Nombre insuffisant
  - Communication
  - Qualification

*Lienhart et coll. Anesthesiology 2006 (sous presse)*



---

◆ EDITORIAL VIEWS

---

Anesthesiology 2005; 102:251-2

© 2005 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

## *Perioperative Mortality*

### *Intraoperative Anesthetic Management Matters*

# Questions

- Travaillez-vous seul ? Demandez-vous facilement et simplement de l'aide en cas de nécessité?
- Etes-vous trop expérimenté pour ne pas appliquer les procédures de vérification des appareils d'anesthésie?
- Votre présence continue durant l'anesthésie est-elle indispensable et vous faire remplacer fait-il partie intégrante de vos pratiques? Etes-vous certain de la compétence de vos équipes quand vous déléguez la surveillance?
- Tenez-vous compte des données du monitoring de la curarisation? Utilisez-vous la décurarisation pharmacologique?
- Prenez-vous en charge la DPO?

*Warner et coll. Anesthesiology 2005;102:251-2*

# Morbidité (grave) - mortalité

Anesthesiology 2005; 102:257-68

© 2005 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

## *Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality*

M. Sesmu Arbous, M.D., Ph.D.,\* Anneke E. E. Meursing, M.D., Ph.D.,† Jack W. van Kleef, M.D., Ph.D.,‡  
Jaap J. de Lange, M.D., Ph.D.,§ Huub H. A. J. M. Spoormans, M.D.,|| Paul Touw, M.D., Ph.D.,#  
Frans M. Werner, M.D., Ph.D.,\*\* Diederick E. Grobbee, M.D., Ph.D.††

*Arbous et coll. Anesthesiology 2005;102:257-68*

# Méthodologie

- But : existe-il des facteurs de risque de morbi-mortalité liés à la gestion de l'anesthésie ?
- Enquête **cas** (décès ou coma dans les 24 1<sup>ères</sup> h) – **témoins** (appareillés sur l'âge et le centre par TAS) **multicentrique** en Hollande 1995-1997. Tous types d'établissement et de patients
- Modèle hollandais
  - 1/1 : induction – réveil
  - 1/2 : entretien
  - MAR ± IADE

*Arbous et coll. Anesthesiology 2005;102:257-68*

# Résultats

Facteur de risque	Modèle testé	Rapport de cote
Vérification de l'équipement	Oui / Non	1,56
Documentation de cette vérification	Oui / Non	1,65
Disponibilité du MAR	Directe / indirecte	2,20
Chgt. de MAR en per procédure	Oui / Non	2,25
Présence Iade	T plein / T partiel	1,45
Présence au réveil	1 / 2	1,58

# Notre pratique anesthésique influence-t-elle sur la morbi-mortalité ?

---

- Combinaison de facteurs
  - Patients
  - Chirurgicaux
  - Anesthésiques
- Peu de données sur l'impact à long terme



# En pratique comment faire?

---

# La supervision médicale anesthésique a-elle un impact ?

- Etude multicentrique sur plus de 200 000 patients
- La mortalité à 30 jours et la mortalité après complication sont inférieures quand il existe une supervision médicale
- Le nombre de décès supplémentaires est de 2,5/1000 et de 6,9/1000 en cas de complication (échec de réanimation)

*Silber et coll. Anesthesiology 2000;93:152-63*

# Complications de la sédation

- Complications et réparations du préjudice en rapport avec les actes d'anesthésie avec simple sédation ou surveillance
- « *Closed claims analysis* »
  - *Bhanaker et coll. Anesthesiology 2006;104:228-34*

# Les résultats (vs AG et ALR)

- Patients plus âgés
- Co-morbidité plus sévères
- Chirurgie programmée
  - Oph
  - Plastique, superficielle
- Dans 40% des cas décès ou séquelles neurologiques définitives
- Dépression respiratoire cause la plus fréquente (surdosage absolu ou relatif)
- Brûlures visages (17%) plus fréquentes
  - Interaction O<sub>2</sub> nasal et bistouri en chirurgie cervico-faciale

*Bhanaker et coll. Anesthesiology 2006;104:228-34*

## Les résultats (vs AG et ALR)

- Soins non conformes dans 41% des cas
- 50% des complications jugées évitables
  - Aucun monitoring dans 12% des cas
  - Pas de prise en compte des données du monitoring dans 40% des cas

*Bhanaker et coll. Anesthesiology 2006;104:228-34*

# Utilité de l'évaluation préopératoire

- Réduit les annulations d'intervention et l'heure de début d'activité
- Conventionnelle
  - 13,0% (sans) vs 5,3% (avec)
- Ambulatoire
  - 16,2% (sans) vs 8,4% (avec)

*Ferschl et coll. Anesthesiology 2005;103:855-9*

# Organisation et gestion du risque

- Méthodes de programmation efficaces
- Suivi d'activité (*Data management*)
- Conseil de bloc
- Relation entre programmation opératoire et réduction du risque

# Objectifs

---

- Définir le risque acceptable
- Identifier les risques
- Hiérarchiser les risques
- Proposer des actions de maîtrise

*Trovero et coll. Ann Fr Anesth Réanim septembre 2006*

# Moyens

- Identification des événements redoutés
  - Risque médical
  - Risque organisationnel
  - Risque professionnel
  - Risque économique
  - Risque juridique
- Cartographie des risques

*Trovero et coll. Ann Fr Anesth Réanim septembre 2006*

# Résultats

- 147 situations à risques et 195 scénarios à risque identifiés
  - 133 étaient de criticité C2
  - 58 de criticité C3
  - L'analyse montrait une prédominance du risque iatrogène lié à l'identification du patient et les erreurs de côté.
  - Les causes
    - patient (état clinique, homonymie)
    - incomplétude du dossier (résumé clinique, organisation et structuration, transmission)
    - défaillance des barrières de sécurité (consultations et visites préopératoires).

*Trovero et coll. Ann Fr Anesth Réanim septembre 2006*

# Propositions I

---

- Mesures générales
  - Regroupement des sites, des moyens et réorganisation des secrétariats
  - Mise en conformité des locaux
  - Mise en application de la charte de bloc
  - Procédure de programmation opératoire

# Propositions II

- Mesures spécifiques
  - Procédure identification patient
  - Procédure pour éviter les erreurs de côté
  - Liste de vérification (« *check* liste ») dossier complet
  - Fiche navette individuelle de programmation
  - Procédure transport intra hospitalier
  - Formation continue lors de la mise en place d'un nouveau matériel et des nouveaux arrivants

# Messages pour la maison

---

- L'organisation, le management et la gestion du risque sont liés.
- Réduire la variabilité et standardiser les pratiques
- Développement d'une culture de l'écrit, de la performance et du retour d'expérience