



ACCIDENTS

EN

SECTEUR OPERATOIRE

Docteur Christian SICOT



QUESTION



Une démarche de signalement mise en place au niveau national peut-elle entraîner une diminution des accidents observés en secteur opératoire ?



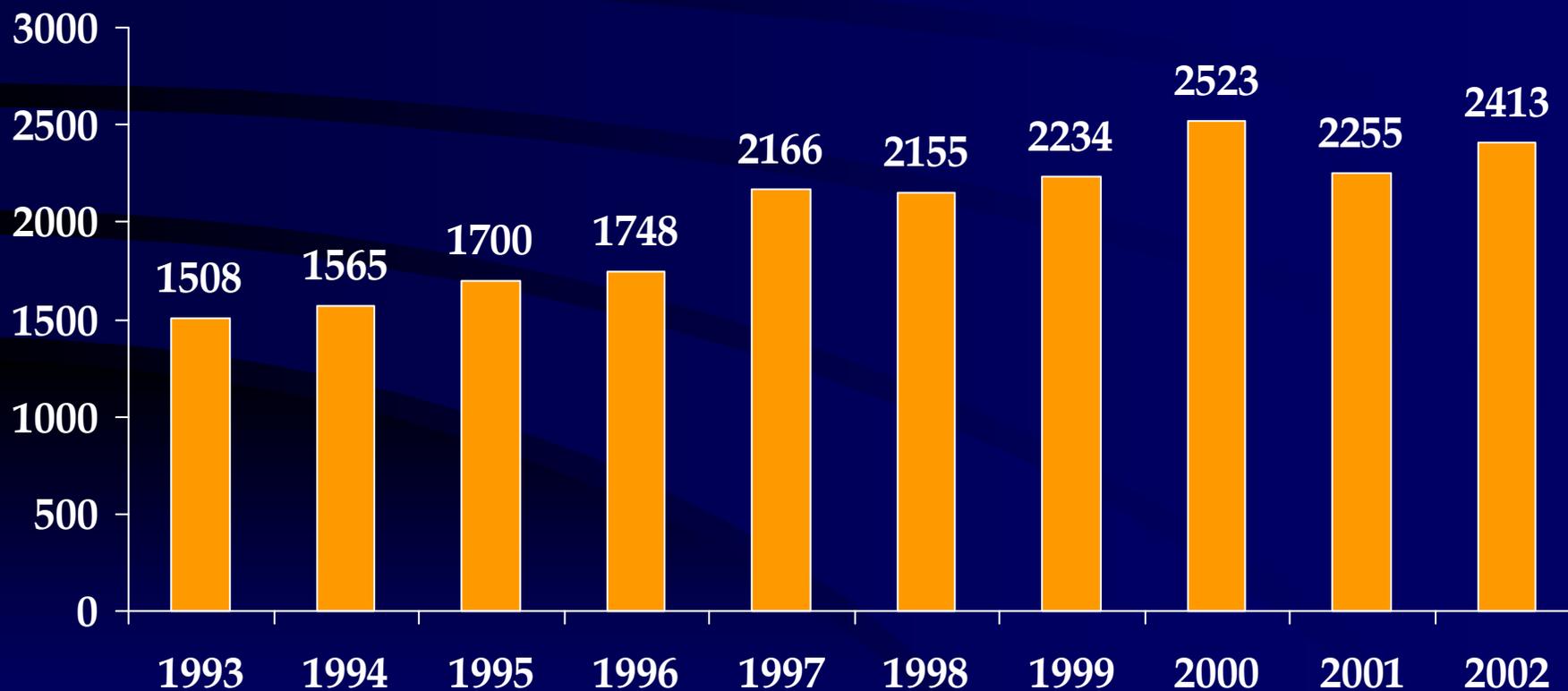
L'expérience du Sou Médical groupe MACSF (1993-2002)



RAPPORTS ANNUELS du SOU MEDICAL groupe MACSF (1993-2002)



Déclarations d'accident corporel





ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



SOU MEDICAL groupe MACSF (1993-2002) (°)

497 déclarations

- <u>Oubli de corps étranger</u>	158 (32 %)
- <u>Accidents de posture (ou positionnels)</u>	119 (24 %)
. atteintes neurologiques périphériques (motrices et /ou sensibles)	108
. cécité unilatérale (chirurgie du rachis en décubitus ventral)	7
. rhabdomyolyse	1
. lésions cutanéomuqueuses	3

(°) Déclarations par anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, gynécobstétriciens, OPH, ORL, gastro-entérologues, IADE, IBODE



ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



SOU MEDICAL groupe MACSF (1993-2002) (1)(2)

497 déclarations

- <u>Brûlure par bistouri électrique</u>	93 (19 %)
- <u>Autres brûlures</u>	12 (2.5 %)
. dysfonctionnement du scialytique	3
. instrument non refroidi	2
. contact avec lumière "froide"	2
. excès d'antiseptique	2
. sérum de lavage péritonéal	1
. matelas chauffant	1
. capteur d'oxymétrie	1

(1) Déclarations par anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, gynéco-obstétriciens, OPH, ORL, gastro-entérologues, IADE, IBODE



ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



SOU MEDICAL groupe MACSF (1993-2002) (°) (3)

497 déclarations

- <u>Erreurs</u>		49 (10 %)
. erreur de personne	2	
. erreur d'intervention	9	
. erreur de côté	31	
. erreur d'étage (rachis)	4	
. erreur de doigt	3	

(°) Déclarations par anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, gynécobstétriciens, OPH, ORL, gastro-entérologues, IADE, IBODE



ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



SOU MEDICAL groupe MACSF (1993-2002) (9)(4)

497 déclarations

- Chute de la table d'intervention ou du brancard	40 (8 %)
- Accident d'incompatibilité transfusionnelle	10 (2 %)
- Contamination par le virus C (endoscopie digestive)	7
- Erreur d'administration médicamenteuse	6
- Accident d'exposition au sang	1
- Prothèse non disponible	1
- Perte de prélèvement biopsique	1

(9) Déclarations par anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, gynéco-obstétriciens, OPH, ORL, gastro-entérologues, IADE, IBODE,



ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



Sou Médical groupe MACSF (1993 - 2002)(5)

	1993-1997	1998-2002
- Oubli de corps étrangers	87	71
- . Atteinte nerveuse périphérique	41	42
. Cécité unilatérale (chirurgie rachis)	3	4
- Brûlure par bistouri électrique	59	34
- . Erreur d'intervention	1	9
. Erreur de côté	16	15



ACCIDENTS EN SECTEUR OPERATOIRE



Sou Médical groupe MACSF (1993 - 2002)(6)

1993-1997 1998-2002

- Chute (table d'intervention, brancard)	24	16
- Contamination par le virus C (endoscopie)	3	4
- Erreur d'administration médicamenteuse	2	4
- Incompatibilité transfusionnelle	9	1



CONSTAT



1- Les accidents observés en secteur opératoire sont **identifiés depuis des années.**

2- De 1993 à 2002, leur fréquence **n'a pas diminué de façon significative** et a même parfois augmenté.

Seuls les accidents par incompatibilité transfusionnelle échappent à ce constat.



RAPPORTS ANNUELS du SOU MEDICAL groupe MACSF (déclarations d'accident corporel)

- < 1 % des accidents déclarés n'étaient pas connus
- < 5 % des accidents déclarés sont très rares ou exceptionnels
- Près de 95 % des accidents déclarés étaient déjà mentionnés dans les rapports précédents



INTERET d'une DEMARCHE de SIGNALEMENT



A l'échelon d'un établissement de santé

- Connaissance de la "sinistralité" locale
- Développement d'une culture de sécurité chez les personnels médical et non médical.



A l'échelon national

- Une démarche de signalement est nécessaire mais **NON SUFFISANTE**
- **ISOLEE**- en l'absence de mesures de réduction des risques proposées et appliquées - elle peut même être **contre-productive** :
 - perte de temps
 - perte d'argent
 - retard à la baisse du nombre de patients victimes d'accidents médicaux



MESURES de REDUCTION des RISQUES

et

ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE



MESURES de REDUCTION des RISQUES et ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE



1- Absentes ou non réglementées

2- Réglementées



MESURES de REDUCTION des RISQUES et ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE



1- Absentes ou non réglémentées

Ex : - erreur de côté

- **accident de posture (cécité unilatérale après chirurgie rachidienne en décubitus ventral)**



ERREUR de COTE



ERREUR de COTE (2)



CONSEQUENCES

1995 (clinique) - Orchidestomie GAUCHE pour cancer testiculaire droit

↳ castration bilatérale

2002 (clinique) - Néphrectomie GAUCHE pour hydronéphrose droite sur syndrome de la jonction

↳ hémodialyse en attente de transplantation rénale



SIGNATURE DU CHIRURGIEN





CONSIGNES DE SECURITE RELATIVES A LA VERIFICATION DU SITE ET DU COTE A OPERER (°)



Patient **capable** de répondre aux questions

3 concordances

Signature du
chirurgien

- Réponse du patient
- Eléments du dossier du patient
- Infos sur le programme opératoire du jour



CONSIGNES DE SECURITE RELATIVES A LA VERIFICATION DU SITE ET DU COTE A OPERER (9)



Patient **capable** de répondre aux questions

Discordance(s)

- entre la signature du chirurgien et les éléments du dossier du patient ou les infos sur le programme opératoire du jour
 - ⇒ **Appel systématique du chirurgien** qui vérifie de visu le site et le côté à opérer
- absence de signature du chirurgien ou discordance entre : la réponse du patient et la signature du chirurgien
 - ⇒ **Appel systématique du chirurgien** qui vérifie de visu le site et le côté à opérer



ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE **(1993-2002)**



1993-1997

1998-2002

Erreur de côté

16

15



LIBERATION
JEUDI 12 OCTOBRE 2006

société 17

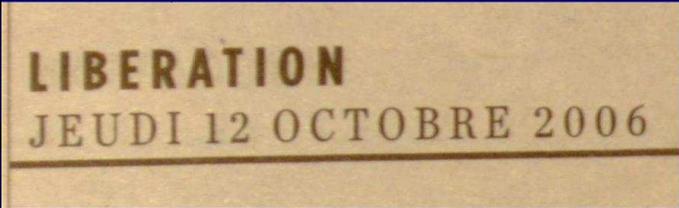
Arrivée de
400 nouveaux radars
400 nouveaux radars,
dont 250 fixes et
150 mobiles, seront mis
en service dès la fin
octobre, a annoncé hier
le délégué à la Sécurité
routière, Les nouveaux
Modèle 2000 de véhicules

La rue d'Ulm proongée jusqu'en banlieue

Normale sup lance un programme de tutorat
des difficiles à intégrer

Affaire Borrel: indignation après un refus du parquet

La décision du parquet de Paris de refuser de
délivrer des mandats d'arrêt à l'encontre des deux
principaux suspects de l'assassinat du juge
Bernard Borrel en 1995 à Gijoubert a provoqué hier
des réactions indignées. « Dans ce dossier, j'ai
connu un parquet qui était contre moi pendant très



pendant des décennies la
orte des grandes écoles,
cette vocation, a plaidé
Canto-Sperber dans
les actes de la presti-
aison. Si nous échouons,
à en conclure que le
colaire est définitive-
ment, et que la où on
reste. Pour les anciens
de l'école républicaine
que nous sommes, ce
ne conclusion inad-
quante d'élèves
ont impliqués dans le
ui va toucher, dans un
temps, quelque 80 ly-
talentueux et « tra-

pagmons les
la scolarité, po
notre passion
que pour du
Enfin nous va
virement
lant, conseil
encourager la
sion. » En fau
les trouver un
bonheur, sans
s'est exclamé
loue 25000
Aux côtés moi
gion Ile-de-F
20000 euros
Mais ce tutor
à combler le
par des jeun
ve
bil
no
les
so
des discussi
milieu desq
des normales
le principal
(intitulé AL)
males sup
lement des d
quaintant
qualités d'ex
vaste culture
Anonymat. I
rectrice de l'
problème. Et
piastes de ré
raut augmen
ves techniqu
langues anci
éventuellement
une nouvelle
argumentati
sonner. » Ma
remettre et
saint princ
méritocrat
un
à discrim
comme Scie
en placem
spécifique p
issus des ZEP
« Il y a quel
nos lycées
conseillers
parlementé
Po ou de N
était inima
ve y entre,
paysage, se
Théâtre qui
pa littéraire
à déjà eu t
sibles à l'EN
ment où cel
ça donne de
pensée plus
dans le 93,
renforce l'aim
reussir se ca
se battre. »

Entre 1951 et 1955, les jeunes d'origine
modeste représentaient 29% des
élèves de l'ENS, contre 9% aujourd'hui.

23 octobre pour la
première fois par le
Conseil supérieur de la
magistrature (CSM) qui
doit se prononcer sur sa
responsabilité dans le
désastre judiciaire
d'Outreau. Il sera
interrogé à huis clos par
Hervé Grange, premier
président à la cour
d'appel de Pau, et
Dominique Latoumerie,
conseiller d'Etat
honoraire.

Coluche donne son nom à un collège

Pour la première fois, un
collège, celui de
Rougemont-le-Château
(Territoire-de-Belfort), va
s'appeler collège Michel-
Colucci, le véritable nom de
Coluche. La décision
entérinée par le conseil
général a été condamnée
par le maire de la localité,
Michel Berné. Celui-ci avait
proposé le nom d'Emile
Keller, un ancien mais
sûrement très célèbre
dépité du Territoire-de-
Belfort.

Le chirurgien se trompe de rein

Le procureur de
Besançon a annoncé qu'il
allait saisir le conseil de
l'ordre des médecins afin
qu'il sanctionne un
chirurgien qui, en 2004,
avait retiré un rein sain
chez un bébé de 9 mois
au lieu de son rein
malade. Le petit garçon,
qui a aujourd'hui 3 ans, a
une vie « effroyable », il
est dialysé
quotidiennement et
attend une greffe

premiers lycées impliqués
dans le programme de l'École
normale supérieure pour pro-
mouvoir les élèves des quar-
tiers défavorisés.
Coup d'envoi. L'ENS de la rue
d'Ulm lance à son tour dans
la bataille pour « l'égalité des
chances ». En présence du mi-
nistre de l'Éducation, Gilles de
Robien, la directrice Monique
Canto-Sperber a donné le
coup d'envoi du programme
« Entrer en prépa, entrer à
l'ENS, c'est possible ! ». Ce pro-
jet vise à relancer l'ascenseur
social et à refaire de l'ENS un
lieu de mixité sociale. Entre
1951 et 1955, les jeunes
d'origine modeste y étaient
29%, contre 9% trente ans plus
tard. Ils ont aujourd'hui 24 fois
moins de chances d'intégrer
une grande école que des en-
fants de cadres ou d'ensei-
gnants.
« Nous voulons que notre école,

L'égalité des chances dans l'éducation

La plupart des grandes écoles, certaines universités et
grandes entreprises ont désormais des programmes d'admission
directes vers les quartiers défavorisés, en général des bourses pour
les élèves « méritants ». Cette année en plus, pour la
première fois, les boursiers qui ont une mention bien ou très
bien au bac se sont vus proposer une place en classe prépa.
Polytechnique, en janvier dernier, a lancé le programme
une grande école pour pas moins sur le mode du
système et ce jusqu'à leur bac, une vingtaine d'élèves de
seconde, issus de trois lycées ZEP, vont assister à des ateliers
de connaissance de l'actualité, anglais, montage d'un
projet scientifique, etc.
L'université Paris-VI Pierre-et-Marie-Curie a signé à
renouvelée une convention avec quatre lycées sensibles d'Ile-
de-France. Des étudiants tuteurs rencontrent des
terminales, des bacheliers issus de ces lycées et inscrits à
Paris-VI bénéficient d'un accompagnement personnalisé.
Les entreprises télécoms, emmenées par SFR, se sont
associées pour aider les jeunes à arriver jusqu'à une
formation d'ingénieur. Elles proposent 350 tuteurs, des aides
à la recherche de stages, des bourses aux élèves intégrant
une école d'ingénieur.

« D'abord nous allons informer
sur les filières de l'ENS, il faut
briser l'obstacle psychologique
qui interdit à ces élèves de s'in-
téresser, explique Son-Thierry
Ly, en première année de bio-
logie à l'ENS. Puis nous accom-

Keller, un ancien mais
sûrement très célèbre
député du Territoire-de-
Belfort.

Le chirurgien se trompe de rein

Le procureur de
Besançon a annoncé qu'il
allait saisir le conseil de
l'ordre des médecins afin
qu'il sanctionne un
chirurgien qui, en 2004,
avait retiré un rein sain
chez un bébé de 9 mois
au lieu de son rein
malade. Le petit garçon,
qui a aujourd'hui 3 ans, a
une vie « effroyable », il
est dialysé
quotidiennement et

grandes entrep
vers les quartie
les élèves « mér
première fois, l
bien au bac se
Polytechnique
« une grande é
dispositif mis
mercredi, et c
seconde, issu
à l'X: connais
projet scient
L'université
rentrée une
de-France. D
terminales; P
Paris-VI bér
Six entrepr
associées p
formation
à la recher



ACCIDENT DE POSTURE

(Cécité unilatérale après chirurgie du rachis en décubitus ventral)



CHIRURGIE-ANESTHESIE (1988)(1)



- Melle X ... , 16 ans

16/08/88 - . Intervention pour scoliose dorso-lombaire
(arthrodèse)

- . Patiente mise en décubitus ventral, la face reposant sur une tête
- . Durée : 8 heures

- Dès son réveil, Melle X ... se plaint de ne plus voir de l'œil droit.

A l'examen : gonflement de la paupière droite.

- Aucune récupération ultérieure

CECITE DROITE DEFINITIVE



Expertise (mai 2001)

...La lésion est en relation directe avec l'intervention pratiquée et **l'appui de l'œil droit sur la têtière.**

Il suffit de **5 à 10 minutes de compression du globe oculaire** par la têtière pour entraîner une ischémie définitive du nerf optique ayant pour conséquence une cécité irréversible.....



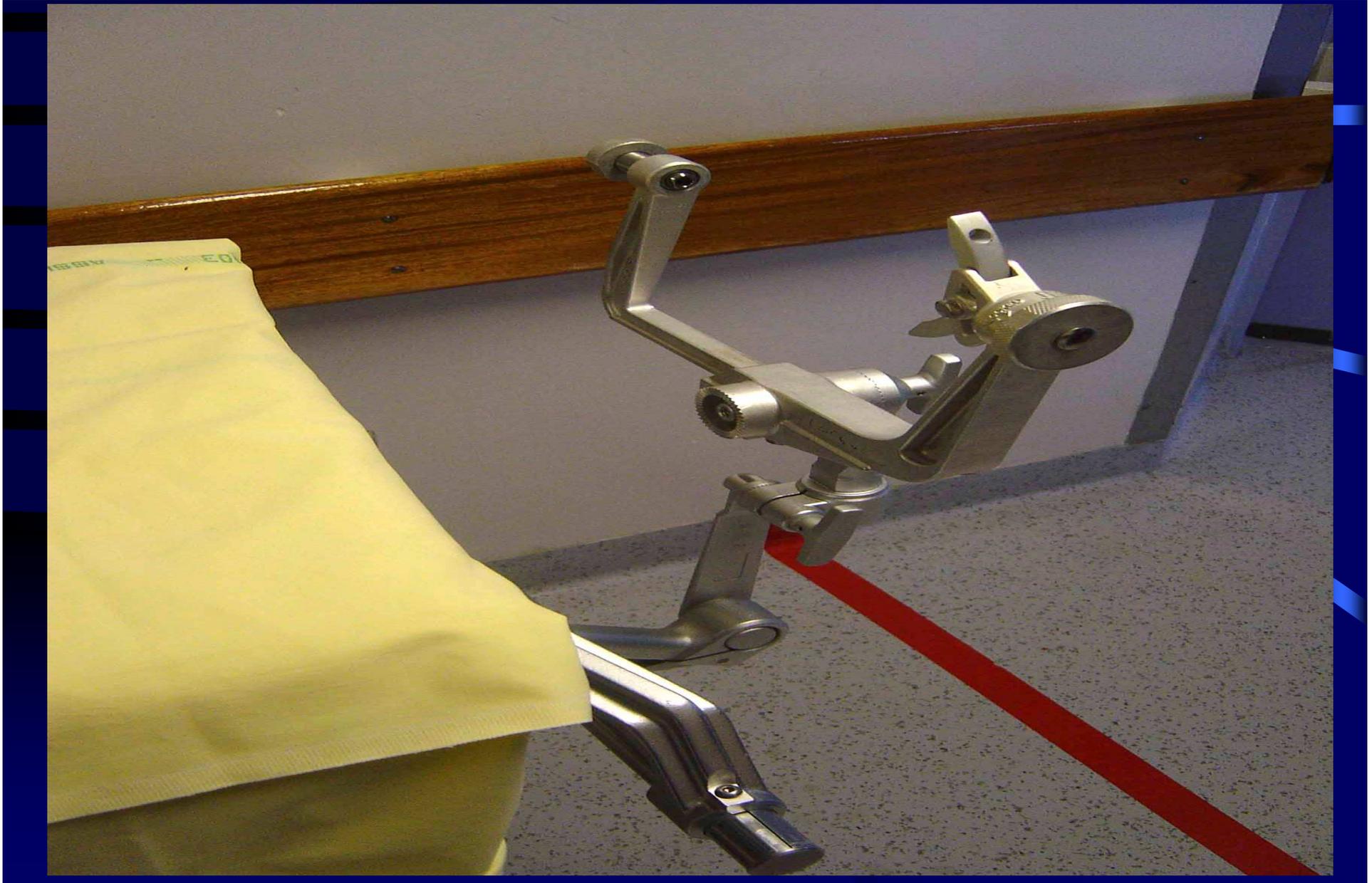
DELATTRE O, CATONNEY Y, SAILLANT G

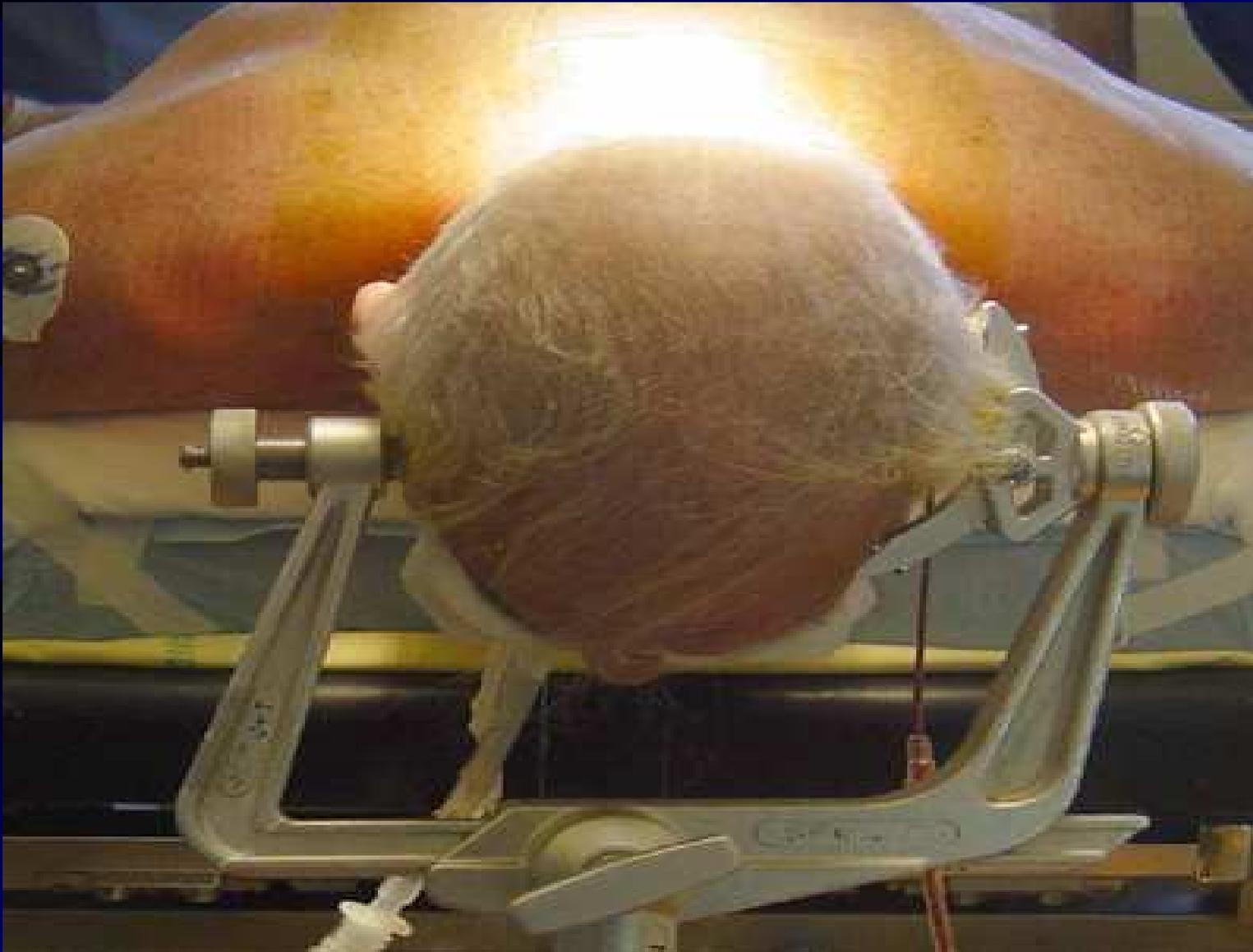
Complications oculaires de la chirurgie du rachis

Chirurgie **1995**; 131 : 31-35

"(...) Nous proposons **une nouvelle têtère** qui, tout en stabilisant parfaitement la tête, **permet d'annuler totalement ce risque de compression oculaire**, l'emploi de cette têtère devrait être utile pour toute chirurgie menée en décubitus ventral".

Remerciements à Denis VONTRA (Frooms Production) pour la réalisation du prototype de la têtère.







ACCIDENTS au SECTEUR OPERATOIRE (1993 - 2002)



1993-1997

1998-2002

**Cécité unilatérale
(chirurgie du rachis
en décubitus ventral)**

3

4



MESURES de REDUCTION des RISQUES et ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE



2- Réglementées

**Ex :- Anesthésie générale donnée
par une IADE en l'absence
d'un médecin anesthésiste**

- Contamination per-coloscopique
par le virus de l'hépatite C**



***Une anesthésie générale
donnée par une IADE en l'absence
d'un médecin anesthésiste ...***



ANESTHESIE (1997)



- Garçon, 4 ans

1995 - Consultation ORL pour rhinopharyngite et hypertrophie des amygdales

fév 1997 - Décision d'adénoïdectomie (sans amygdalectomie) en raison de la répétition des affections rhinopharyngées malgré le traitement médical

14-02-97 - Consultation de pré-anesthésie (Dr A ..) : RAS

**17-02-97 - Accueilli au bloc par Dr A ...
8 h 30 confié à une IADE**



ANESTHESIE (1997)



- 17-02-97** -. Branchement électrocardioscope et oxymètre
- 9h** . Induction anesthésique par IADE (Dr A ... ayant quitté la salle) : Halothane à 2-3 %, véhiculé par un mélange à parts égales de protoxyde d'azote et d'oxygène, sortant directement du tuyau, le flux gazeux étant dirigé vers la face de l'enfant (technique dite du "tuyau d'arrosage" ...)
- . Une fois l'anesthésie approfondie (pupilles centrées), l'ORL fait l'adénoïdectomie, l'enfant étant maintenu par la panseuse, l'oxygène lui étant administré seul, après purge du ballon.



ANESTHESIE (1997)



17-02-97

9 h15

- Un anesthésiste, Dr B ... entrant fortuitement dans la salle, constate que :
 - . le tracé du cardioscope est parasité et ininterprétable
 - . l'oxymètre ne fonctionne pas
 - . l'enfant « n'est pas bien »

- Après remise en place des électrodes du cardioscope :
 - tracé de fibrillation ventriculaire**
 - . Absence de respiration spontanée

- Absence d'obstruction laryngée (ORL)
 - . Intubation et ventilation en O2 (Dr B ...)
 - . Massage cardiaque externe (IADE)

10 h15

Décès

36



ANESTHESIE (1997)



Expertise (1998)

Il existe une **FAUTE D'ORGANISATION** : anesthésie entièrement confiée à une IADE alors qu'un médecin anesthésiste doit toujours être présent lors de ce type d'anesthésie, selon les **recommandations de la SFAR** (janvier 1994 et janvier 1995).

"(...) L'anesthésie pour adénoïdectomie est une anesthésie très courte que l'on peut considérer comme une **induction anesthésique sans phase d'entretien**, compte tenu de la durée. Cette anesthésie peut être effectuée par une IADE en présence d'un médecin anesthésiste et non pas par une IADE sans la présence effective à ses côtés d'un médecin anesthésiste (...)"



ANESTHESIE (1997)



Jugement (2004)

1- Dr A ...

Responsabilité engagée pour "avoir confié l'anesthésie à une IADE" en étant absent de la salle d'opération et pour n'être revenu qu'après la survenue de l'arrêt cardiaque.



ANESTHESIE (1997)



Jugement (2004)(suite 1)

2- IADE

Responsabilité engagée car

- a accepté de pratiquer seule l'anesthésie du patient au mépris des recommandations édictées par le SFAR
- n'a pas vérifié le branchement correct des appareils de contrôle dont le dysfonctionnement momentané a été immédiatement constaté par le Dr B ...
- n'a pas correctement apprécié l'état de l'enfant dont la détresse respiratoire a été également, d'emblée diagnostiquée par le Dr B ...



ANESTHESIE (1997)



Jugement (2004)(suite 2)

3- ORL

Responsabilité engagée car "savait lors de l'intervention qu'il n'était pas assisté d'un médecin anesthésiste mais d'une IADE qui ne pouvait seule effectuer une anesthésie.

Il lui appartenait, dans ce cas, soit de retarder, soit de différer l'intervention jusqu'à ce que soit présent un médecin anesthésiste.



ANESTHESIE (1997)



Jugement (2004)(suite 4)

4- Clinique

Responsabilité engagée car "le programme opératoire du 17 février 1997 et les comptes rendus opératoires du même jour permettent de constater que le Dr A ... était censé assurer les anesthésies de 4 interventions dans 3 salles différentes entre 8 h et 8 h 30 dont 2 à la même heure".



PROPOSITION



Traçabilité des recommandations de la SFAR concernant l'équipe anesthésique.

- **pour 2 anesthésies simultanées sur le même site, présence d'un anesthésiste-réanimateur **ET** d'une IADE (au minimum)**
- **jamais d'induction anesthésique en l'absence d'un anesthésiste-réanimateur**



***Une contamination per-coloscopique
par le virus de l'hépatite C***



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)



- Mme X , 51 ans

Episodes répétés de "gastro-entérite"

Juin - Consultation d'un gastro-entérologue (Dr G)
Coloscopie proposée par le Dr G et acceptée
par Mme X

26 juillet

- Admission clinique

15 h

- Coloscopie sous AG (sans biopsie) faite par le
Dr G chez une malade **porteuse connue du VHC**
(infirmière)

15 h 30

- Coloscopie sous AG (avec biopsie) faite par le
Dr G chez Mme X avec un coloscope différent de
celui utilisé à 15 h (mais absence de traçabilité)



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(2)



Septembre

- Hépatite aiguë cytolytique avec ictère chez Mme X
Sérologie VHC positive
. Evolution vers la chronicité
- Génotypes viraux identiques chez Mme X et l'infirmière porteuse du VHC.

Assignation de la clinique et du Dr G par Mme X



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(3)



Enquête DDASS (1997)

- 1- Nécessité de revoir la procédure de désinfection des endoscopes digestifs (notamment la phase de rinçage qui ne semble pas correctement effectuée)**
- 2- L'utilisation de 2 coloscopes différents pour la malade porteuse du VHC et la patiente contaminée repose uniquement sur les dires du Dr G et ne peut être confirmée, en l'absence de traçabilité.**



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(4)



Enquête DDASS (1997)(suite)

3- Absence d'anomalie dans la procédure suivie par l'anesthésiste d'après les fiches et les protocoles remis.

4- Critique de l'ordre de passage des patients, le jour où avait eu lieu la coloscopie de Mme X, en rappelant que **les malades porteurs d'une infection connue doivent être examinés en fin de programme.**



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(5)



Expertise (2000)

- Mécanisme de la contamination non évident
- Homologation du rapport de la DDASS et notamment **de la critique concernant l'ordre de passage des 2 malades.**



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(6)



Jugement Tribunal de Grande Instance (TGI) (2003)

1- Infection nosocomiale

2- **Responsabilité de la clinique sur une obligation de sécurité de résultat**, compte tenu qu'elle n'apporte pas la preuve d'une cause étrangère pouvant la libérer de cette obligation (°)

3- Absence de faute du gastro-entérologue

(°) application des dispositions de la loi du 4 mars 2002



ENDOSCOPIE DIGESTIVE (1996)(8)



Cour d'appel (2006)

- 1- Infection nosocomiale
- 2- **INFIRME le jugement du TGI** car les dispositions de la loi du 4 mars 2002 ne sont pas applicables à un accident survenu en 1996
- 3- Obligation de sécurité de résultat (°) pesant
 - sur la **clinique**
 - sur le **gastro-entérologue**en l'absence de preuve d'une cause étrangère

(°) Application rétrospective de la jurisprudence de la Cour de cassation du 23 juin 1999



Cour d'appel (2006)(suite 1)

4- Faute du gastro-entérologue

"(...) qui a procédé à la coloscopie de Mme X après avoir effectué celle de l'infirmière qui était atteinte de l'hépatite C; Mme X présente le même génotype (de type 3A) que l'infirmière et tout laisse à penser que la contamination provient de l'infirmière qui a été traitée juste avant elle;



Cour d'appel (2006)(suite 2)

4- Faute du gastro-entérologue

"(...) attendu que le gastro-entérologue a indiqué à l'expert que la patiente atteinte d'hépatite C aurait dû passer en dernière position et a invoqué une erreur de brancardage qui a amené cette patiente avant Mme X en précisant qu'en juillet 1996, période de vacances, le brancardage n'avait pas l'efficacité habituelle;



Cour d'appel (2006)(suite 3)

4- Faute du gastro-entérologue

"(...) Que cette explication ne peut être admise; qu'en 1996 le virus de l'hépatite était identifié depuis sept années et les forts risques d'infection nosocomiale à l'occasion des coloscopies étaient connus; qu'en acceptant en toute connaissance de cause de procéder néanmoins à la coloscopie de Mme X après avoir réalisé celle de la patiente atteinte de l'hépatite C, le gastro-entérologue a commis un manquement grave à son obligation de prudence (...)



CONTAMINATION par le VIRUS de l'HEPATITE C (VHC) au cours d'ENDOSCOPIES DIGESTIVES sous ANESTHESIE GENERALE



1993-1997 **1998 2002**

TOTAL dossiers

12

6

**MALADE porteur CONNU du VHC
précédant au cours de la séance
le(s) malade(s) contaminé(s)**

3

4



CONTAMINATION par le VIRUS de l'HEPATITE C (VHC) au cours d'ENDOSCOPIES DIGESTIVES sous ANESTHESIE GENERALE (2)



Hypothèse 1

La réglementation relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins en vigueur depuis la **circulaire du 2 avril 1996** a entraîné une baisse des déclarations pour contamination per-endoscopique par le VHC.

SAUF

dans les cas où un malade porteur connu du VHC avait eu une endoscopie juste avant le (ou les) malades(s) contaminés (°)

(°) identité des génotypes viraux entre malade porteur du VHC et malade contaminé dans les 3 cas où cette recherche a été possible (1996-2001-2002) 55



CONTAMINATION par le VIRUS de l'HEPATITE C (VHC) au cours d'ENDOSCOPIES DIGESTIVES sous ANESTHESIE GENERALE (3)



Hypothèse 2

Compte tenu de l'efficacité - généralement admise - de la réglementation précédente, **la contamination n'est vraisemblablement pas liée à l'endoscopie digestive proprement dite.**



CONTAMINATION par le VIRUS de l'HEPATITE C (VHC) au cours d'ENDOSCOPIES DIGESTIVES sous ANESTHESIE GENERALE (3)



Hypothèse 2 (suite)

- **Dans 4 dossiers** (1996-1998-2001-2002), les traçabilités permettent d'écarter la responsabilité de l'appareillage endoscopique.

L'acte anesthésique est probablement (1998-2001-2002) ou très probablement (1996) responsable de la contamination

- **Dans les 3 autres dossiers** (1993-1996-1998) aucune conclusion n'est possible en l'absence de traçabilité.



PROPOSITION



- Quel que soit le mode de contamination en cause,
lié à l'endoscopie digestive ou à l'acte anesthésique :

**mettre tout malade CONNU porteur du VHC
en FIN de séance d'endoscopie digestive (9)**

(9) Gastroentérol Clin Biol 2005; 29 : 134-5

Mettre tout malade CONNU porteur du VHC en FIN de séance d'endoscopie digestive (9)

POUR

Jurisprudence découlant de l'arrêt de la cour d'appel de DOUAI en date du 8 juin 2006

CONTRE

- **Société française d'endoscopie digestive (SFED)(9)**
 - **Groupe de travail du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)**
- "Ordre de passage des patients lors d'une intervention programmée"**



DEMARCHE de SIGNALEMENT et PREVENTION des ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIRE

CONCLUSIONS

- 1- Une démarche nationale de signalement LIMITEE à l'identification des accidents en secteur opératoire n'a pas d'intérêt et peut même être contre-productive.**
- 2- Elle doit nécessairement être associée à une analyse de la survenue de ces accidents centrée sur les mesures de prévention prises pour les éviter.**



DEMARCHE de SIGNALEMENT et PREVENTION des ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIR

CONCLUSIONS (2)

3- A tout accident fautif identifié, il est généralement possible d'opposer une mesure corrective qui devrait être réglementée et dont la traçabilité devrait faire partie de l'accréditation des médecins et de la certification des établissements.



DEMARCHE de SIGNALEMENT et PREVENTION des ACCIDENTS en SECTEUR OPERATOIR

CONSTAT

- l'accréditation est une démarche non obligatoire, excluant les événements indésirables graves.
(Décision de l'HAS du 11 juillet 2006- JO 17/10/06)
- l'obligation de déclaration-sans sanction opposable- des événements indésirables graves *(art L.1413-14 du CSP)* est soumise à une expérimentation préalable pendant 3 ans sous la responsabilité de l'InVS



Dans la PREVENTION des accidents médicaux graves,

**Faut- il laisser du temps
au temps ?**