
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #008 - juin 2018



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**



INTRODUCTION

Anesthesia Safety Network
Newsletter #008 - juin 2018

Newsletter#008, c'est fait !

Beaucoup de satisfactions depuis mars 2018. Tout d'abord, ASN a permis de mettre en relation la SFAR avec Mark Warner et Steven Greenberg qui sont les deux responsables américains de l'APSF (Anesthesiology Patient Safety Foundation). Cette fondation financée pour moitié par l'ASA publie de façon trimestrielle une newsletter sur des thèmes de sécurité des soins d'actualité. La SFAR participera à la traduction de ces newsletters en français.

Autre satisfaction, Christian Morel, auteur des 3 tomes des Décisions Absurdes publiés chez Gallimard a pris pour exemple dans son livre, un des cas rapportés sur ASN.

Pour finir, les contacts très récents lors de la journée de l'IFPSQ à Copenhague (en marge de l'ESA 2018) avec des collègues Européens et Nord-américains permettront d'associer ces experts à notre projet et d'enrichir le contenu de ces newsletters.

Nous espérons mettre en ligne la version 2.0 d'Anesthesia Safety Network pour Juin 2018. Malheureusement les contraintes diverses et variées nous poussent à prévoir cette mise en ligne au début de l'année 2019.

Certaines évolutions auront tout de même lieu. Ainsi, comme vous le découvrirez,

la newsletter#008 est plus courte avec moins de cas mais un focus sur une thématique précise.

Cette fois, c'est : la communication. Le Dr Jérôme Cros auteur de l'ouvrage

« Mieux communiquer entre soignant : un enjeu majeur de sécurité »¹ paru le 14 Juin 2018 nous fait le plaisir d'apporter son expertise sur un des cas. Son ouvrage est un guide pratique de phraséologie médicale. A l'image des guides de phraséologies aéronautiques, le Dr Cros propose des règles simples, pratiques, applicables au quotidien pour améliorer et standardiser la communication.

Pour la prochaine newsletter qui paraîtra la dernière semaine de septembre 2018, nous aimerions travailler sur l'interaction homme / machine concernant les dispositifs médicaux afin de réfléchir ensemble sur les améliorations qui pourraient être réalisées en terme d'ergonomie. Des spécialistes en facteur humain et ergonomie participeront à l'analyse des cas rapportés.

Le réseau s'étend chaque jour un peu plus en France et au delà grâce à vous tous. Merci !

Si vous aimez, continuez à en parler et à partager sur les réseaux sociaux ou ailleurs !

Bonne lecture

Frédéric MARTIN



EDITORIAL

Communication...

L'essentiel de la communication est la capacité à entrer en relation avec les autres pour réaliser efficacement, et en sécurité, des activités. Ce n'est pas juste une affaire de flux de paroles.

Entrer en relation pour vérifier des données partagées, pour anticiper les difficultés et stratégies, pour organiser les rôles dans des circonstances inhabituelles, pour signaler une erreur commise par une personne, pour annoncer une intention et la rendre vérifiable, pour coordonner des actions entre plusieurs personnes...

Ne pas vérifier, anticiper, organiser, signaler, annoncer, coordonner peut, très sensiblement, réduire les chances des patients...

La sécurité n'est pas individuelle mais collective.
La communication, la relation avec les autres, est au cœur de la sécurité du patient dans tous les cas rassemblés ici.

Claude VALOT Ancien chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées à Brétigny sur Orge et consultant facteurs humains senior chez DEDALE

« LA COMMUNICATION EST LA
CAPACITÉ À ENTRER EN RELATION
AVEC LES AUTRES POUR RÉALISER
EFFICACEMENT, ET EN SÉCURITÉ, DES
ACTIVITÉS. CE N'EST PAS JUSTE UNE
AFFAIRE DE FLUX DE PAROLES. »



HEMORRAGIE PENDANT CESARIENNE

Patiente ayant eu une rachianesthésie dans le cadre d'une césarienne pour anomalie du RCF vers 17h30 (utérus cicatriciel). La rachianesthésie a été réalisée sans difficulté mais la patiente est anxieuse. La césarienne débute et la patiente se plaint d'une gêne voire d'une douleur. L'obstétricien, à quelques mois de la retraite, continue avec l'accord de l'anesthésiste jusqu'à l'extraction du nouveau-né en accord avec la patiente et le conjoint. Une fois le nouveau-né extrait, la patiente ne supporte plus les manœuvres intra abdominales. La décision est prise de pratiquer une AG. C'est l'heure du changement de MAR et j'assiste donc mon collègue. On demande au chirurgien à 2 reprises de s'interrompre mais il ne semble pas nous entendre. La dernière PNI n'est pas affichée sans raison évidente.

On relance la PNI qui reviendra normale. Une dernière fois et de façon insistante, on demande au chirurgien et à l'aide de s'interrompre. Il refuse et dit que «ça saigne». La patiente est endormie et on déclenche la prise en charge d'une procédure « hémorragie per césarienne ». L'aide cognitive «hémorragie» est utilisée. L'équipe anesthésique gère la situation sans leader défini mais avec une répartition des tâches claire entre les 2 MAR ainsi qu'une sage femme (SF) et qu'une IDE. A plusieurs reprises, l'aide opératoire manifeste son inconfort en déclarant «il y a trop de bruit» pendant des échanges d'information. Au bout de 10 minutes (saignement 1500 cc), on demande au chirurgien s'il a besoin d'aide. Il accepte puis change d'avis. Au final, l'aide d'un confrère est demandée. L'hémorragie est contrôlée après 15 minutes et saignement de 2000 cc. Différentes médicaments et produits sanguins auront été administrés selon les recommandations SFAR. Le mari aura été informé tout au long de la prise en charge et sorti de salle dès la décision d'AG prise.

L'aide opératoire craquera après l'intervention en s'en prenant verbalement à une des SF lui reprochant d'avoir fait du bruit « Tout le monde parlait, c'était le bordel », « avant, chacun savait ce qu'il avait à faire et ça fonctionnait bien ».

Ce ressenti n'est pas partagé par l'équipe médicale.

En rencontrant le mari trois jours plus tard, il m'a expliqué qu'il était pilote d'avion amateur et s'intéressait beaucoup aux facteurs humains. Il avait eu l'impression qu'il n'y avait pas de leader parce que le chirurgien était mutique et ne communiquait pas à haute voix avec l'équipe.

Points positifs : aide cognitive utilisée / communication (à l'exception de l'équipe chirurgicale) entre soignants et avec la famille.

Points d'amélioration : point de situation absent / pas d'usage de SAED ou SBAR / pas de leader identifié / tunnélisation du chirurgien / débriefing impossible en raison du stress de l'équipe chirurgicale

MOTS CLÉS : communication / SAED / travail en équipe

Structurer sa communication

Combien de fois nous sommes-nous retrouvés dans une situation où nous devons expliquer quelque chose, en nous rendant rapidement compte que notre message verbal n'était pas clair ? Cela se vérifiait d'ailleurs au travers des signaux non verbaux que nous renvoyait notre interlocuteur. Et combien de fois avons-nous été récepteur d'un message auquel nous ne comprenions rien, pas parce qu'il était compliqué, mais parce que toutes sortes d'informations y étaient mélangées ?

Lorsque nous devons transmettre un message, le fait de le structurer facilite sa compréhension de 40% ?. C'est comme raconter une histoire. Toutes les histoires ont une structure qui en facilite la compréhension.

Lorsque nous devons expliquer quelque chose, une manière de structurer notre discours est « P-S-B ». Cette méthode consiste en commencer par exposer le problème, ensuite la solution, et enfin les bénéfices de cette solution. Cela clarifie le message, et en facilite l'appropriation par le récepteur.

En aviation, lorsque nous pilotes devons transmettre des informations concernant un problème au personnel de cabine, nécessitant par exemple un déroutement non prévu vers un aéroport, nous utilisons la structure « N-I-T-S ». Nous commençons par donner la Nature du problème, ensuite nous expliquons nos Intentions, le Temps restant jusqu'à l'atterrissage, et les Spécificités éventuelles. Le chef de cabine principal, qui est notre interlocuteur privilégié dans ce genre de situation, nous répète ensuite les informations que nous lui avons transmises dans ce même ordre, afin de valider la bonne compréhension du message. Il ira ensuite répercuter ce message auprès des autres membres de l'équipage.

L'avantage d'utiliser une structure connue de l'émetteur et du récepteur est triple. Tout d'abord, en respectant cette structure, il y a davantage de chances que l'émetteur transmette toutes les informations utiles. Ensuite, le récepteur sait dans quel ordre il va recevoir les informations, ce qui lui permet de les assimiler et les retenir plus facilement. Enfin, si l'émetteur oublie de communiquer un des éléments, cela sera détecté par le récepteur qui clarifiera la situation.

La première allusion à une technique de communication structurée date des années 1980. Elle trouve son origine dans le milieu des sous-marinières qui l'utilisait lorsqu'un marin peu gradé devait transmettre des informations critiques concernant la mission à un officier plus gradé. Cette méthode est aujourd'hui connue sous l'acronyme « SBAR » pour Situation, Background, Assessment, Recommendation.

Le « SBAR » est aujourd'hui utilisé dans les soins de santé, notamment pour les passagers de consignes. Le SBAR est également utilisé pour mettre rapidement à la page une personne qui rejoint une équipe, par exemple pour prêter main forte à la suite d'un « appel à l'aide ». Il importe cependant de se méfier du « A » et du « R ». En effet, si l'équipe qui a appelé à l'aide partage son analyse de la situation et ses recommandations, dans le cas où celles-ci seraient erronées, il y a un risque important d'aiguiller le répondant sur la même fausse piste. L'idéal dans une telle situation serait de ne donner que les faits concrets, sans analyse, afin de permettre au répondant de se faire sa propre idée de la situation. Cela lui permettra d'y jeter un œil nouveau et il aura peut-être une idée différente et correspondant mieux à la réalité.

D'autre part, la notion de temps fait défaut dans le SBAR. Or dans de nombreux incidents et accidents, la perte de conscience du temps qui défile est une cause majeure de l'issue dramatique.

Le SBAR peut donc se révéler un bon outil dans certains cas, mais il faut l'utiliser en ayant conscience de ses limites. Nous n'avons pas tous notre bureau dans un sous-marin nucléaire. En aviation, nous avons le NITS. Aussi, je vous invite à développer votre SBAR, en fonction des spécificités de votre travail et de l'objectif recherché, et à en standardiser l'usage autant que possible.

Guillaume Tirtiaux
Pilote de ligne, Directeur des formations chez REPORT'in





TRANSMISSION DIFFICILE AUX URGENCES

Patient arrivé par les urgences pour fièvre et état de choc avec dyspnée. L'anesthésiste est appelé par le médecin urgentiste pour une admission éventuelle en USC. A l'arrivée, le patient présente une défaillance hémodynamique, respiratoire et rénale avec marbrures faisant poser le diagnostic de choc septique. Remplissage par cristalloïdes 30 ml / kg + 2 VVP de 18 G, MHC 15 l/min, pose de sonde urinaire - hemocs et ECBU - bilan bio + gds avec lactates. Récupération d'une hémodynamique et amélioration neurologique. Adjonction de norépinephrine IVSE et appel pour transfert vers une réanimation. L'urgentiste contacte un réanimateur puis, après avoir obtenu une place, il appelle le SMUR pour transfert secondaire. La prise en charge a duré entre 30 et 60 minutes.

Le patient étant stabilisé, je demande à l'urgentiste si je peux retourner à mes occupations tout en lui signifiant ma disponibilité si besoin (je ne souhaitais pas non plus être confronté au médecin transporteur car impression d'être « évalué » professionnellement). A l'arrivée du SMUR, selon le médecin des urgences, le médecin senior était peu bienveillant cherchant visiblement à critiquer la prise en charge. Cette remise en cause du travail effectué est perçue comme une forme d'agressivité par l'équipe des urgences (IDE, AS, médecin). Le médecin urgentiste quitte alors le déchoquage énervé et l'équipe « se ferme ». L'intubation avait été différée dans l'attente de l'équipe SMUR afin de prendre en charge le patient de façon sûre. Le médecin du SMUR décide d'emmener le patient dans le véhicule afin de l'intuber plutôt que de rester au déchoquage (place disponible, équipe et renfort anesthésiste). La procédure durera près de 30 minutes devant les urgences.

Les IDE des urgences m'ont appelé après le transfert en m'expliquant que la transmission avait été conflictuelle et m'ont remercié d'avoir été « gentil avec elle ».

Points positifs : organisation / stratégie de la « golden hour » / appel à l'aide

Points d'amélioration : travail en équipe au-delà de la structure / transmission structurée et demande d'information / point d'amélioration pour l'équipe ayant pris en charge le patient à fournir de façon pédagogique / mettre son ego « au vestiaire » / frustration pour l'équipe des urgences et stress.

MOTS CLÉS : transmission / bienveillance / communication

DEFAUT DE COMMUNICATION EN EQUIPE EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Vers 10 h du matin, alors que j'étais en poste en tant qu'IDE en salle de réveil (SSPI), je récupère un enfant de 18 mois opéré des végétations sous anesthésie générale. Après vérification de l'identité du patient, je remarque que le bracelet sur l'enfant n'est pas identique à son dossier ni au bracelet qui était attaché à son lit. Plus précisément, sur l'enfant, il y avait l'étiquette d'un autre enfant dont l'indication chirurgicale était différente. J'ai appelé son chirurgien pour qu'il me confirme son identité : je n'avais pas d'autres moyens de connaître et de confirmer son nom et prénom. L'anesthésiste et le panseur présents avec cet enfant en salle se sont occupés de lui sans faire attention à ce problème. Par chance, l'étiquette sur le bracelet n'était pas la bonne et l'enfant a bien subi l'intervention planifiée.

Points positifs: *presque accident ou (near-miss)*

Points d'amélioration: *visite préanesthésique avec contrôle identité notée sur le bracelet avec parents / contrôle de IDE du service / checklist avant induction / résister à pression de production*

MOTS CLÉS : *check-list / identitovigilance / near miss*



FATIGUE LORS D'UNE URGENCE OBSTETRICALE

Patiente ayant accouchée vers 20h sans analgésie péridurale (car trop tard – dilatation complète et nouveau-né « visible »). Mise sous O₂/N₂O. Après 20 min d'attente après l'accouchement, délivrance incomplète nécessitant une DARU. L'hémodynamique est stable sans saignement. Réalisation d'une

rachianesthésie. Il est 21 h. Après avoir rallongée la patiente, un saignement important survient et l'obstétricien débute sans attendre la DARU. La patiente n'est pas confortable et je suis frustré par cette situation d'anesthésie de qualité médiocre. Je suis fatigué après plusieurs gardes consécutives et une journée très chargée. Afin d'aider la sage femme occupée, je propose verbalement de faire l'antibioprophylaxie par administration de l'amoxicilline + acide clavulanique et je pars pour aller en chercher. J'avais lu le dossier rapidement avant la rachianesthésie mais la fatigue et la pression du temps ont modifié mes routines. Habituellement, je pose la question et je regarde les allergies sur le dossier avant d'injecter.

A ce moment, la sage femme dit : «madame, êtes vous allergique?». La patiente répond «oui à l'amoxicilline». Je stoppe l'action et j'injecte de la clindamycine en IVL. Quelques minutes plus tard, je remercie la sage femme pour la récupération de mon erreur.

Points positifs: *actions partagées à voix haute et intelligible / témoigner sa gratitude à un collègue pour « célébrer » cette réussite.*

Points d'amélioration: *conscience de l'état de fatigue / briefing ou point de situation entre intervenants / contrôle du dossier systématique avant action*

MOTS CLÉS : *allergie / communication / presque accident*

HIERARCHIE ET COMMUNICATION

Entre 11 et 15h, en per-opératoire d'une chirurgie thyroïdienne compliquée, le chirurgien demande à l'interne de « débilloter » la table et de la tourner vers lui. L'interne junior de fin de 2^{ème} année d'anesthésie-réanimation, nouveau dans ce bloc de chirurgie thoracique et peu sûr de lui, connaît peu les équipements et les modalités per-opératoires. Seul en salle pour la gestion anesthésique de la majeure partie de la chirurgie, il exécute les ordres tout en répétant la consigne à haute voix et en prévenant le chirurgien (« Je débillote la table », « Je tourne le patient vers vous ») afin de valider qu'il a reçu et compris l'information pour éviter de mobiliser le patient au mauvais moment. L'opérateur, vieux chirurgien chef de service, exprime son agacement par la remarque suivante : « T'arrêtes avec ton syndrome de bistrotier, ça me les brise ». L'interne ne comprend pas et demande une explication. Le chirurgien infantillise l'interne et lui ordonne d'arrêter de répéter chaque consigne car il trouve cela irritant et inutile. L'interne dit ok et se tait très frustré pour le reste de la matinée avec le même opérateur. Il évite au cours des interventions suivantes de communiquer avec le chirurgien. Aucun membre de l'équipe en salle (IBODE, AS, interne de chirurgie) ne manifesterà son inconfort. La chirurgie suit son cours. Nous sommes encore loin des cockpits d'aviation.

Points positifs: *déclaration du cas très instructif*

Points d'amélioration: *formation et entraînement aux techniques de communication sécurisée / diffusion de la culture de sécurité / verbalisation de l'inconfort des autres membres de l'équipe / analyse en RMM*

MOTS CLÉS : hiérarchie / communication en boucle / inconfort

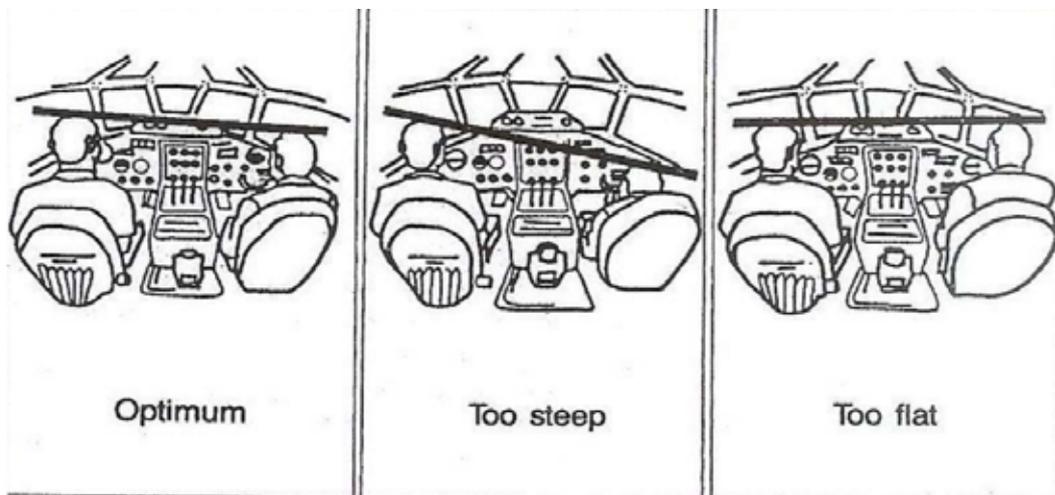
Analyse selon le London Protocol ou grille ALARM ³

TYPES DE FACTEURS	FACTEURS CONTRIBUTIFS
Facteurs liés au patient	Chirurgie thyroïdienne difficile
Facteurs liés aux tâches et aux processus	Nécessité de changement de position en peropératoire
Facteurs individuels (personnel)	Interne d'anesthésie-réanimation en 2 ^{ème} année de DES / professeur de chirurgie Interne ayant faim, peu sûr de lui
Facteurs liés à l'équipe	Interne sans sénior, gradient hiérarchique important Interne isolé face au professeur Pas de verbalisation de l'inconfort par les autres membres de l'équipe
Facteurs liés à l'environnement de travail	Interne (seul membre de l'équipe d'anesthésie) Chirurgie plus longue que prévue
Facteurs liés à l'organisation et à la gestion	Période de rotation des équipes entre 11 et 15h Fiche d'évènement indésirable faite au sein de l'établissement (?) Absence de classification de l'évènement comme un incident Absence d'analyse en RMM
Facteurs liés au contexte institutionnel	Absence de diffusion de règles de bonne communication. La « norme » est perçue comme anormale.

Le 22 mai 2010, un boeing 737 atterrit sur la piste de l'aéroport de Mangalore, sort en bout de piste et s'écrase dans une vallée, tuant 152 des 166 personnes à bord (<http://www.aviation-accidents.net/report-download.php?id=238>). La trajectoire de descente n'était pas bonne, ce qu'avait parfaitement identifié le copilote, qui propose 3 fois de renouveler la procédure d'approche.

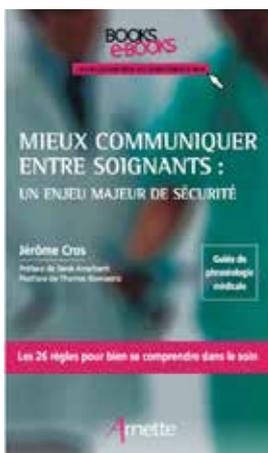
Dans le rapport d'accident, les experts soulignent le mauvais gradient d'autorité qui régnait alors dans le cockpit (Trans-Cockpit Authority Gradient). Idéalement, il ne doit pas être plat : « il faut un chef », mais il ne doit pas être trop profond : les subordonnés doivent être encouragés à donner leur avis.

Clairement, dans ce bloc, il règne un gradient d'autorité bien trop grand.



(Source: Edwards 1975)

Diagram 17: Levels of Trans-Cockpit Authority Gradient



Dans l'ouvrage « Mieux communiquer entre soignants... », nous évoquons comment « **exprimer un désaccord** » (règle 22). Ici, cela s'applique autant au chirurgien, qui ne veut pas que l'on répète certaines consignes, qu'à l'interne qui ne connaît pas bien l'environnement et souhaite probablement qu'on l'aide et qu'on le traite avec plus de respect. L'interne aurait peut-être pu améliorer la situation s'il avait d'emblée « **avoué ses ignorances** » (règle 21). Cette attitude doit être valorisée et permet d'identifier plus clairement les connaissances de chacun sur les situations. Le chirurgien aurait du « **utiliser le bon ton** » (règle 12) pour maintenir une ambiance ouverte à la communication dans ce bloc.

Dr Jérôme Cros

« Mieux communiquer entre soignant : un enjeux majeur de sécurité » ¹

Ce retour d'expérience soulève le cas particulier de la communication entre personnes de niveaux hiérarchiques différents. La communication, que l'on peut grossièrement considérer comme le transfert d'informations entre un émetteur et un récepteur, a fait l'objet dès les années 1950 d'études dans l'industrie, en particulier aérospatiale, évoquée à la fin par le déclarant.^{4 5 6}

La hiérarchie ne diminue pas en général le transfert d'informations, mais peut le limiter en particulier si l'individu en position inférieur ne se sent pas à l'aise pour communiquer avec son entourage.

En médecine, des études récentes^{7,8} confirment, comme cela fut montré jadis dans l'industrie, que la communication ascendante (upward communication), par exemple entre un interne et un médecin sénior ou chef de service, diminue la survenue d'erreurs, d'événements indésirables pour le patient en l'occurrence.

Bien que les stratégies validées facilitant la communication ascendante manquent en médecine, garder comme objectif premier la qualité du soin pour le patient, quel que soit son rôle ou niveau de formation dans l'équipe, peut aider à surmonter ses hésitations et à exprimer ses préoccupations surtout lorsque la sécurité du patient est en jeu (et les intimidations non fondées...)

Sans pouvoir généraliser, cette déclaration illustre toutefois les progrès récents dans la formation médicale en termes de communication, dont témoigne l'interne, et qui semblent-ils n'existaient pas encore il y a quelques années.

Et vous, cher lecteur, quelle réponse conseilleriez-vous à l'interne pour le chef de service ?

François JAULIN

Interne d'anesthésie-réanimation

CONCLUSIONS A RETENIR

Outils de communication à implémenter d'après TeamSTEPS® 2.0⁹

- **Call-Out** : demander ou fournir de l'information
- **Cross-Check** : faire répéter la demande pour confirmer la bonne compréhension
- **Check-Back** : boucle de communication fermée
- **SBAR** : SAED
- **Brief** : planifier avant d'agir
- **Huddle** : partage de la situation et planification en équipe
- **Hand-Off** : transmission efficace d'informations
- **CUS** : « je suis inquiet », « je suis inconfortable », « c'est un problème de sécurité »
- **Two-Challenge** : Formuler deux fois sa demande pour être certain d'être entendu

BIBLIOGRAPHIE

1. Cros J: Mieux communiquer entre soignants. Un enjeu majeur de sécurité. Guide de phraséologie médicale., 1st edition. Arnette, 2018
2. Stanford Graduate School of Business: Think Fast, Talk Smart: Communication Techniques. at <<https://www.youtube.com/watch?v=HAnw168huqA>>
3. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A: How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; 320:777-81
4. Kelley HH: Communication in Experimentally Created Hierarchies. Hum Relat 1951; 4:39-56
5. Roberts KH, III CAO: Failures in Upward Communication in Organizations: Three Possible Culprits 2013 at <<https://instituteforpr.org/failures-upward-communication-organizations-three-possible-culprits/>>
6. Goguen JL: Crew Communication as a Factor in Aviation Accidents. 1986 at <<https://ntrs.nasa.gov/search.jsp?R=19870003708>>
7. Belyansky I, Martin TR, Prabhu AS, Tsirlina VB, Howley LD, Phillips R, Sindram D, Heniford BT, Stefanidis D: Poor resident-attending intraoperative communication may compromise patient safety. J Surg Res 2011; 171:386-94
8. Brindley PG, Reynolds SF: Improving verbal communication in critical care medicine. J Crit Care 2011; 26:155-9
9. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/webinars/index.html#2018>

SITES INTERNETS REMARQUABLES/POQCASTS :

<https://www.ahrq.gov/teamstepps/webinars/index.html>

Suite au cas rapporté « désaturation peropératoire inexplicée » (rapport trimestriel des événements périopératoires – Newsletter #007 – Anesthesia Safety Network – Mars 2018), la société Dräger a souhaité avoir un droit de réponse.

Droit de réponse Dräger

Suite à l'article paru dans votre revue ASN au mois de mars 2018, nous vous remercions de nous permettre d'apporter quelques éléments de réponse à la problématique que vous avez rencontrée.

Pour rappel, lors d'une intervention, vous avez observé une désaturation continue du patient, malgré ce que vous indiquez : « Pas de fuite évidente après contrôle visuel du circuit ni message d'alarme ». Néanmoins, votre analyse approfondie a permis de montrer une fuite bien réelle au niveau du canister de chaux sodée.

Il arrive parfois que, durant le transport, le carton soit malmené ; cela peut se produire en Allemagne, dans le camion en France ou au sein de l'hôpital lui-même. Il est toujours très difficile, voire impossible, de savoir à quel moment la casse intervient. Quoi qu'il en soit, notre service client soumet systématiquement une demande de remplacement à l'Allemagne.

D'après notre suivi qualité constant, sur environ 80 000 cartouches vendues chaque année en France, ce type de dégradations arrive très peu : nous avons recensé trois cas à ce jour au cours des dernières années.

Dans le cas décrit ici, il est vrai que la cartouche a été changée en cours d'intervention et l'autotest réalisé avec la cartouche précédente, n'a pu révéler la fissure sur la nouvelle cartouche.

Ce cas montre toute l'importance de bien inspecter une cartouche avant de l'enclencher et autant que faire se peut, de réaliser un test de fuite (permettant de localiser les fuites) à chaque changement d'un élément sur le respirateur, entre deux patients.

Les respirateurs Dräger ainsi que leurs consommables sont rigoureusement testés lors de contrôles qualité drastiques et nous ne manquerons de faire remonter ce cas de figure à notre maison-mère.

