



# Sécurité au Bloc Opératoire

**Professeur Paul Michel MERTES**

**Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale  
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
Nouvel Hôpital Civil – U961**

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



# Conflits d'Intérêts

- Académique:
  - Président du CFAR
  - Président de l'OA Accréditation des Anesthésistes Réanimateurs

# To err is human building a safer health system

- **Institute of Medicine report: to err is human: building a safer health care system.** *Homsted L, Fla Nurse 2000 Mar;48(1):6*
- **To err is human: building a safer health system.** *Maurette P, Comité analyse et maîtrise du risque de la SFAR, Ann Fr Anesth Reanim 2002 Jun;21(6):453-4.*
  - Erreurs : résultats de nombreux facteurs contributifs
  - Erreurs évitables :
    - Cause majeure de décès
    - Technique et traitement : 44%
    - Diagnostic : 17%
    - Prévention des complications: 12%
    - Erreurs médicamenteuses: 10%
  - Personnes impliquées : **Médecins et Infirmières**
- **Eneis : EIG 6.6% / 1000j d'hospitalisation, 35.4% évitables**

# Gérer le risque ?



- aspects théoriques de méthodes d'analyse et de gestion du risque
- facteurs prédictifs de survenue d' un événement indésirable
- méthodes ou organisation visant à prévenir le risque
- traitements pour éviter qu'il ne se (re)-produise ou pour en limiter sa gravité.



# Les risques en médecine comparés aux autres domaines techniques

d'après René Amalberti

Amateurs

Systèmes sûrs

Systèmes ultra-sûrs

Aucun système au-delà

Risque médical par iatrogénie

Risque viral transfusionnel

Risque « opératoire »

Anesthésie

Industrie

Alpinisme

Vols charters

Chirurgie cardiaque  
Patient ASA 3-4

Aviation civile  
(programmée)

Saut à l'élastique

Sécurité routière

Rail

Industrie nucléaire

$10^{-2}$

$10^{-3}$

$10^{-4}$

Risque

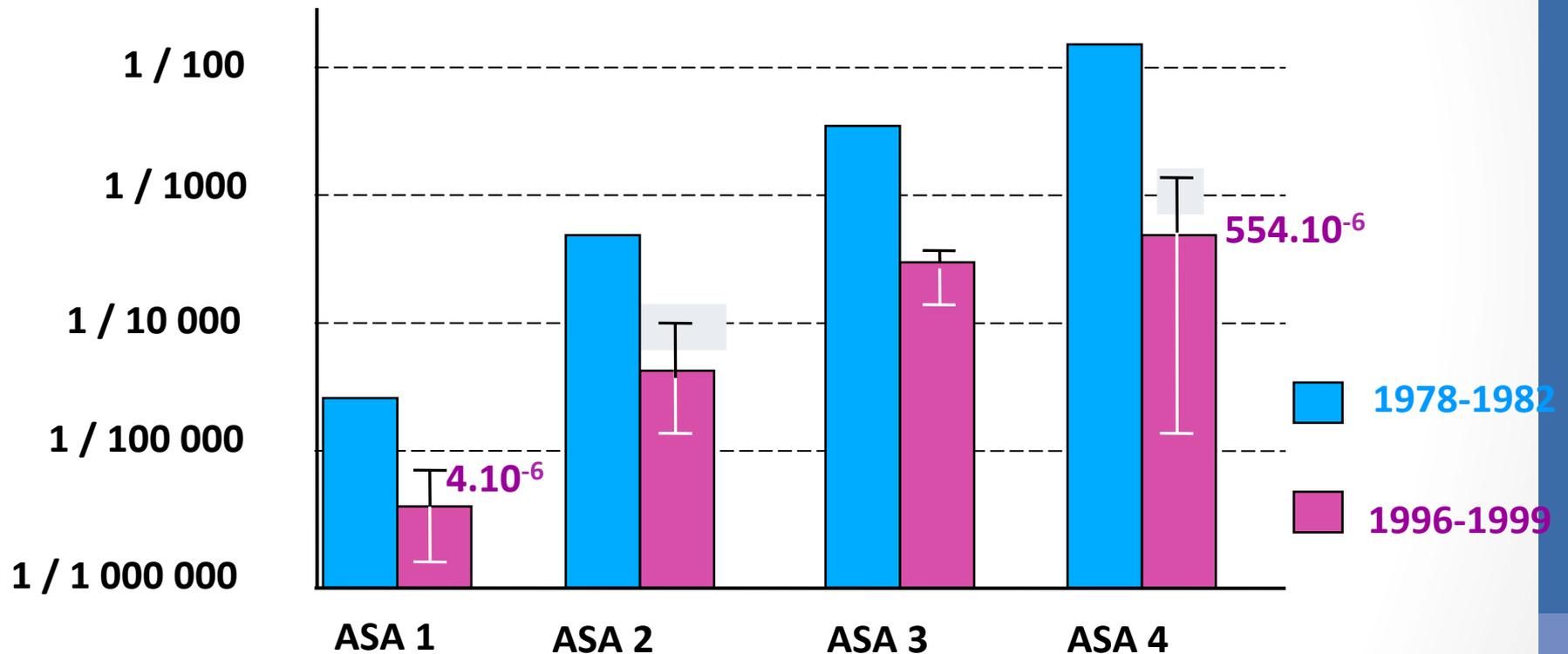
$10^{-5}$

mortel

$10^{-6}$



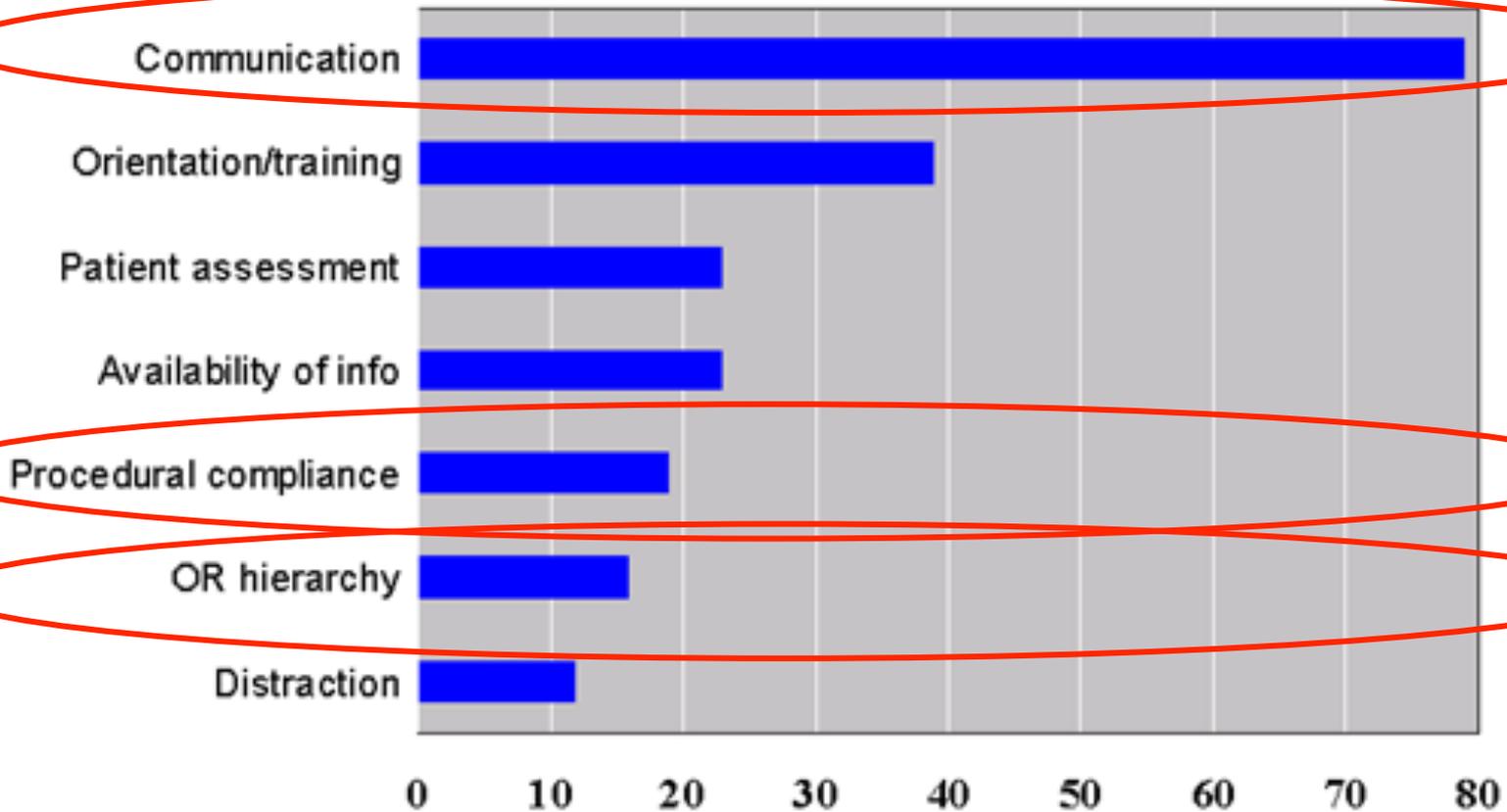
après regroupement des cas totalement  
et partiellement liés à l'anesthésie



# Vulnérabilité Renforcée

- diminution de l'acceptabilité du public envers les risques en général
- arsenal réglementaire complexe
- pression budgétaire
- restructurations importantes
- pénurie médicale et paramédicale
- réduction du temps de travail
- évolution technologique nécessitant une mise à jour régulière et continue des connaissances.

# Causes racines



JCAHO, « Sentinel alert statistics »

# A novel approach to implementation of quality and safety programmes in anesthesiology

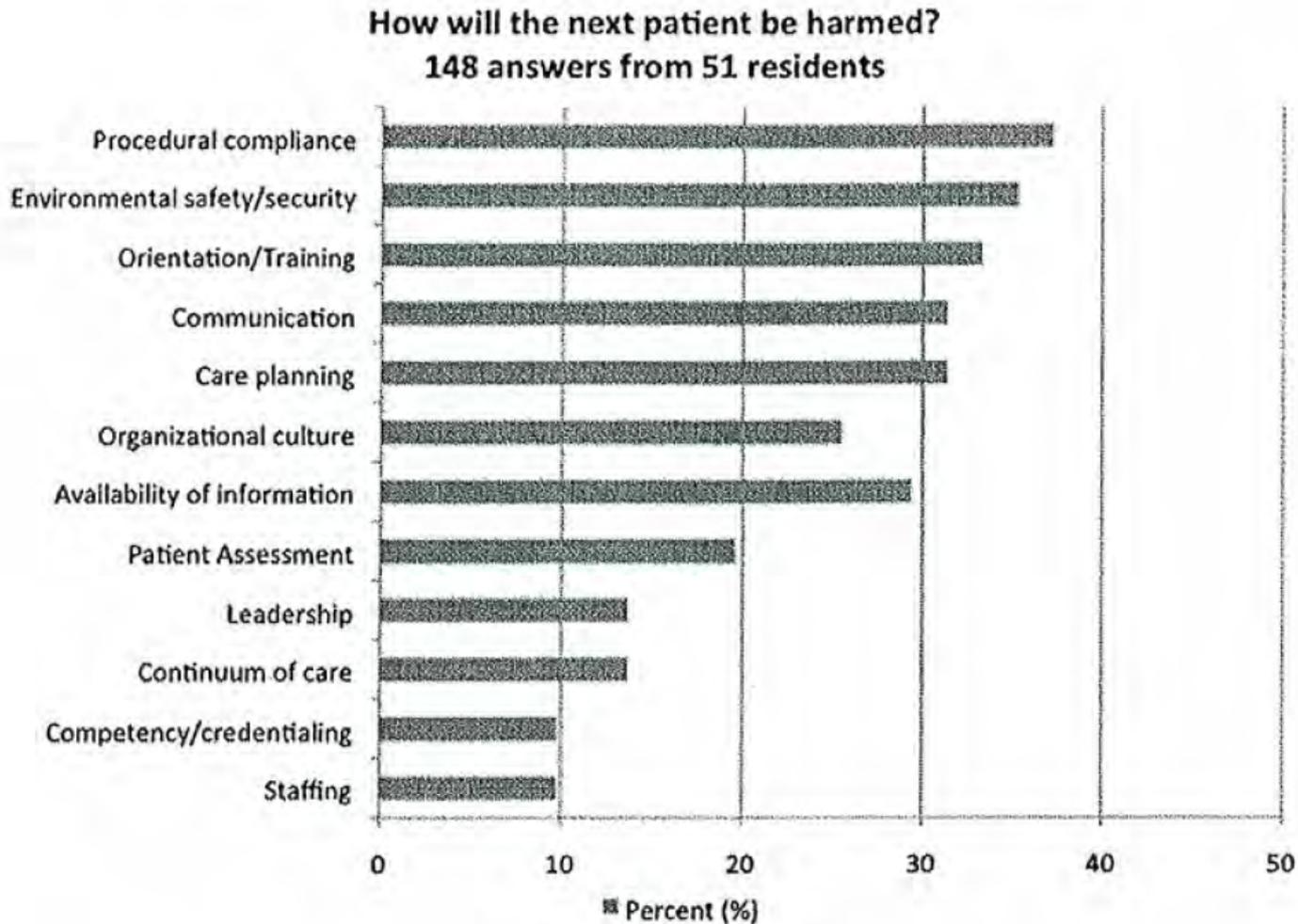


Fig. 1. Staff safety assessment.

# La gestion des risques « a priori »

# Méthodologie et Concept

## les 5 étapes d'une démarche de gestion des risques

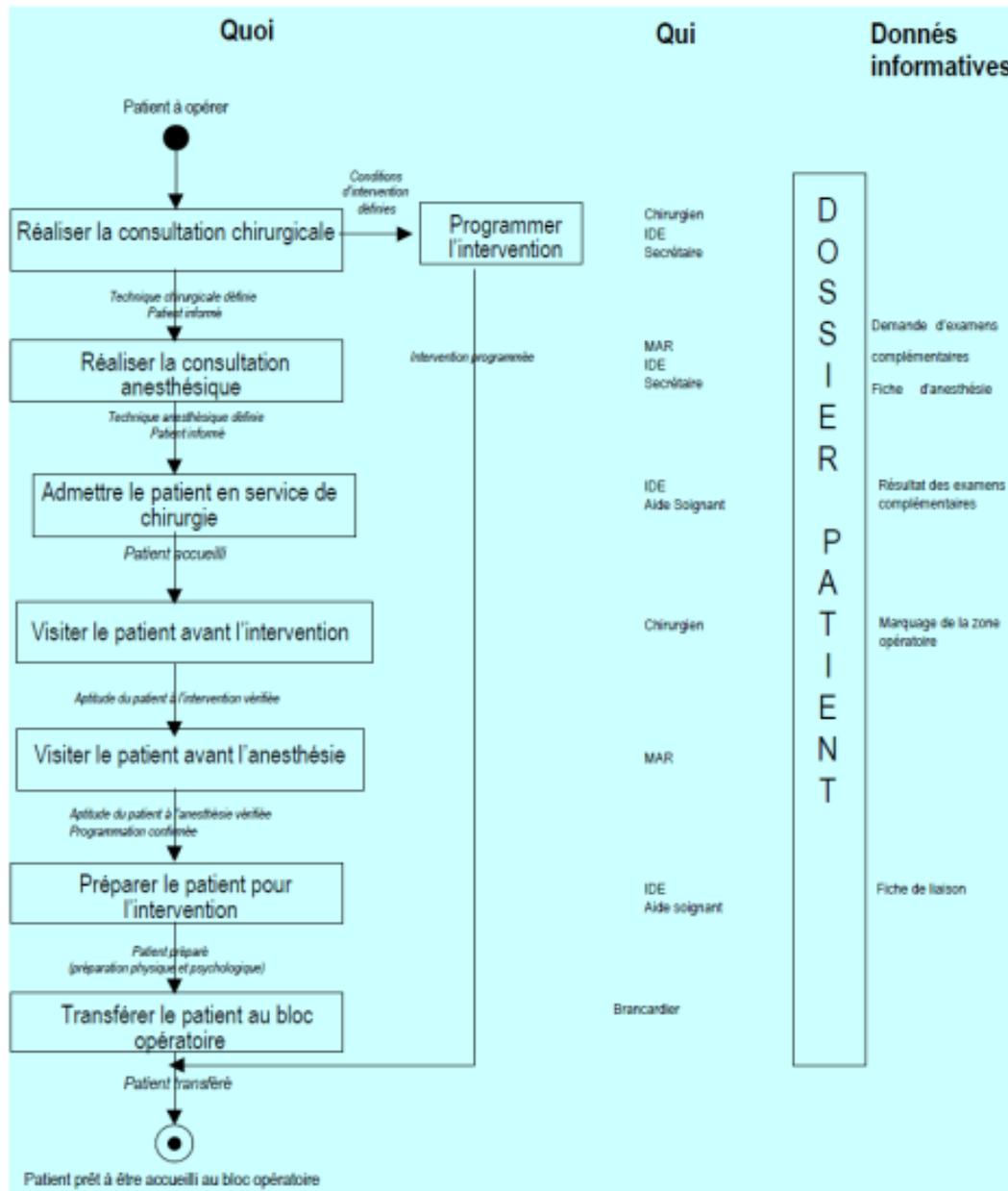
<b>1</b>	<b>Structurer une démarche collective</b>	<b>Méthode - Projet</b>
2	Identifier les risques a priori	Analyse de Processus Audit
<b>3</b>	<b>Identifier les risques a posteriori</b>	<b>Arbre des causes</b> <b>Méthode Alarm</b> <b>Fiche Rex</b>
4	<b>Hiérarchiser les risques identifiés</b>	Diagramme de Farmer Matrice multicritères
<b>5</b>	<b>Mise en œuvre les actions correctives et le suivi</b>	<b>Résolution de problèmes</b> <b>Barrières de sécurité</b> <b>Suivi d'indicateurs</b> <b>Audit</b>

# RISQUES AU BLOC OPERATOIRE : CARTOGRAPHIE ET GESTION

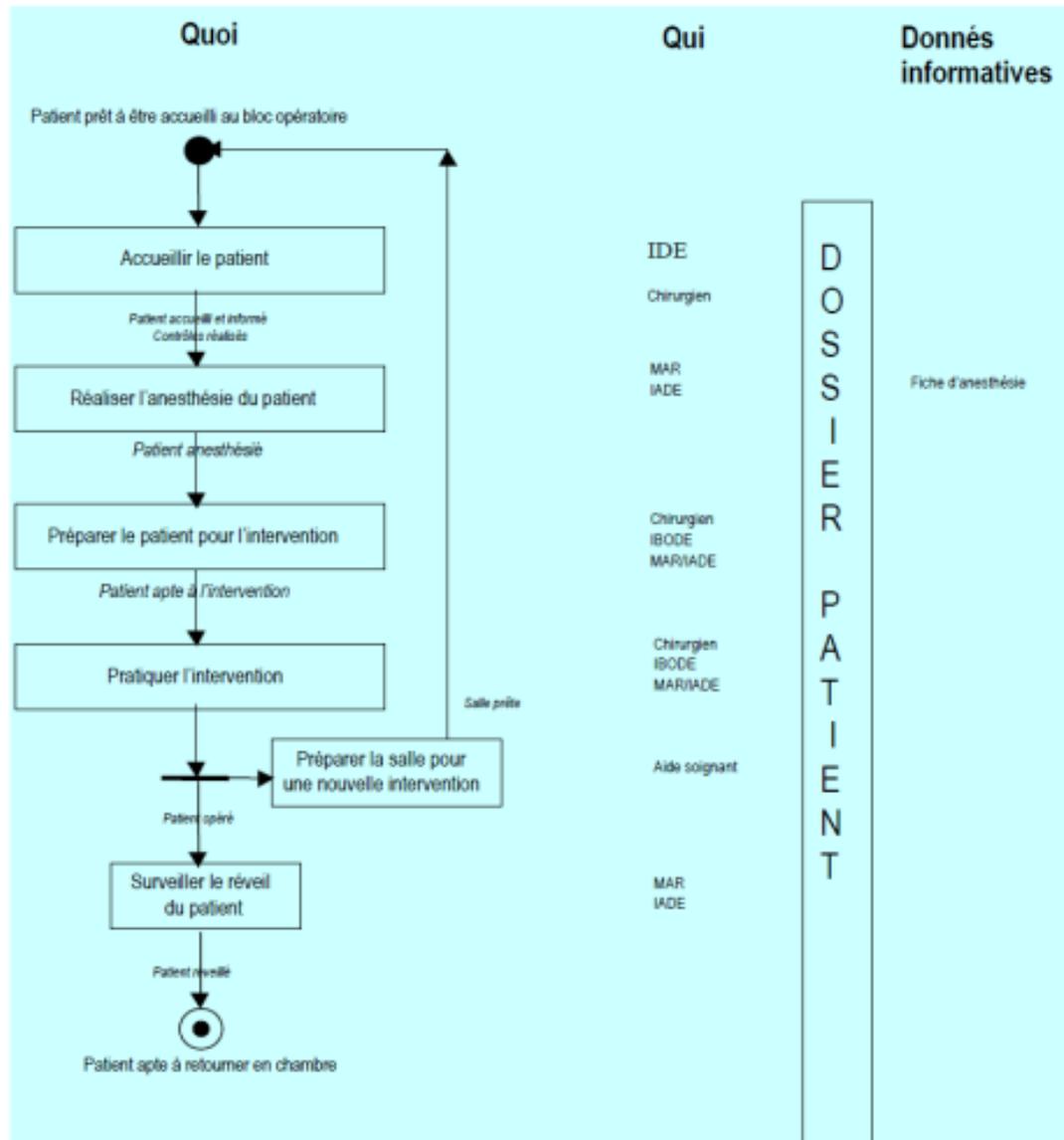
- bloc opératoire: nombreux processus et multiples acteurs .
- directeurs d'établissements , professionnels de sante qui ont la responsabilité de faire fonctionner les blocs opératoires et tous ceux qui y travaillent
- Objectifs : passer d'une "niche" anthropologique avec ses statuts, ses symboles, ses imaginaires et ses tabous a une organisation rationnelle en réseau des différents métiers.
- Moyens : Culture de Qualité et de Sécurité, EPP ou APP, cartographie des risques, check-list, RMM...



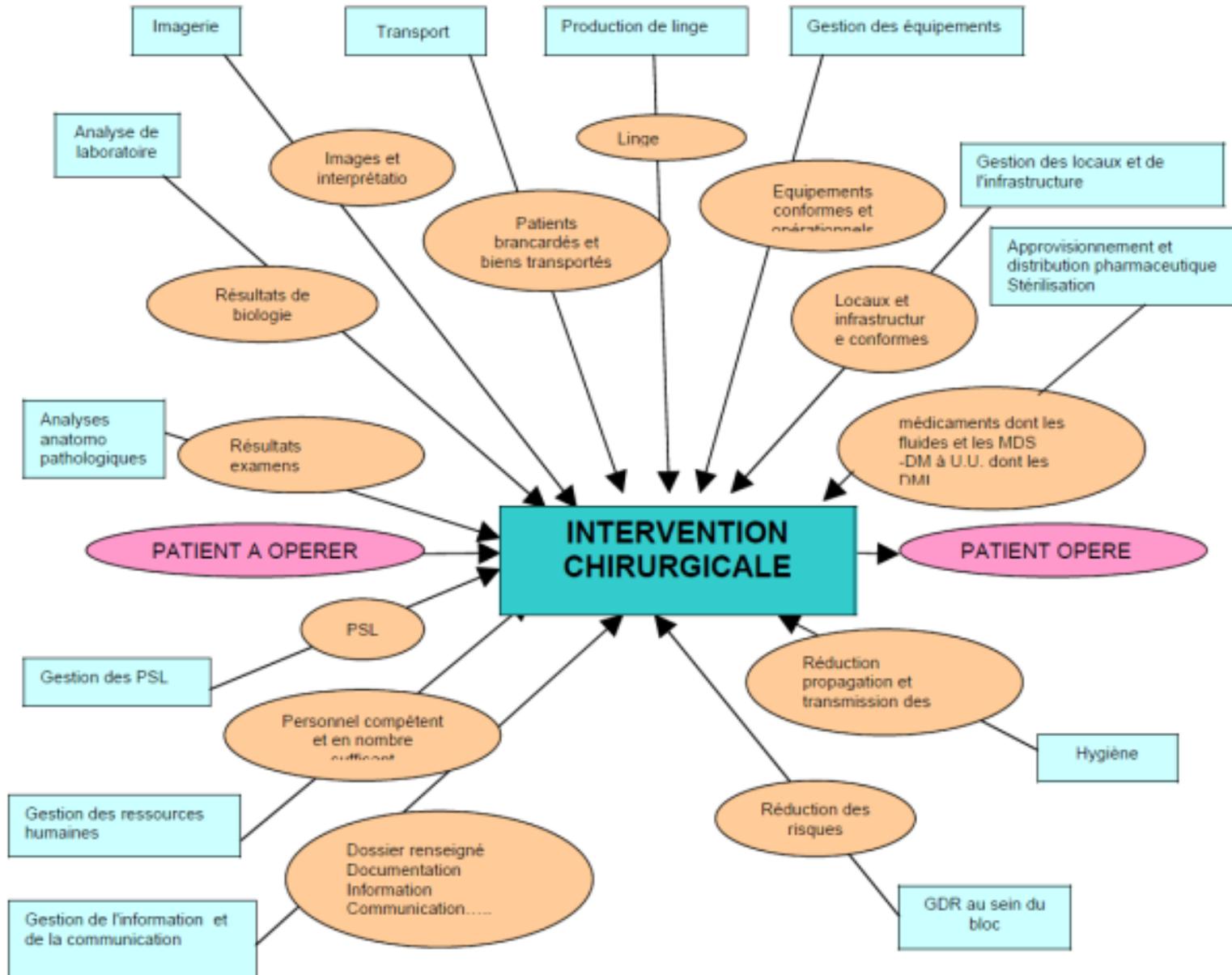
# Processus -Le risque débute en amont



# Processus – la phase per-opératoire



# Processus - Supports



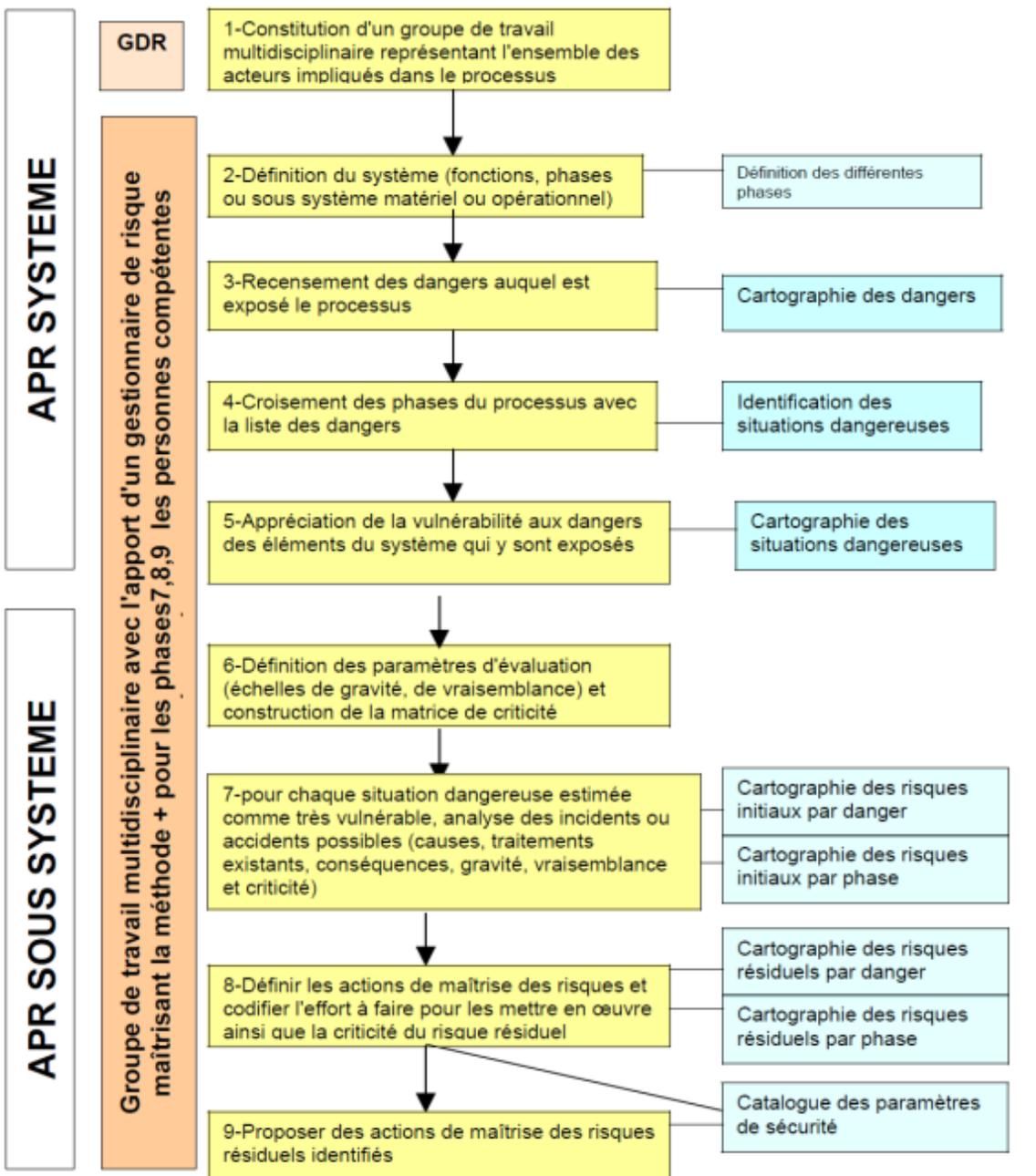
# Ressources Humaines

- culture, compétences, spécialité et niveaux d'expérience différents
  - chirurgiens (CHIR) ou médecins "interventionnels"
  - médecins anesthésistes réanimateurs
  - IADE
  - IBODE et IDE
  - autres personnels nécessaires...
- charte de bloc doit définir le rôle exact de chacun

# *DÉMARCHE D'ANALYSE PRÉLIMINAIRE DE RISQUE (APR)*

- **APR système:**
  - définition du système (en termes de fonctions, de phases ou de sous-système matériel ou opérationnel),
  - élaboration de la cartographie des dangers
  - construction de la cartographie des situations dangereuses,
- **APR sous-système :**
  - définition des échelles de gravité, de vraisemblance, de criticité, d'effort
  - définition de la matrice de criticité
  - analyse des risques relatifs aux scénarios d'accidents associés à chaque situation dangereuse
  - construction des cartographies des risques initiaux et résiduels
  - élaboration du catalogue des paramètres de sécurité

## SYNTHESE DE LA METHODOLOGIE



processus	sous processus	définitions	objectifs
ARRIVEE DU PATIENT	accueil	prise en charge d'un patient avec indication opératoire à l'entrée du bloc jusqu'à son transfert inclus dans la salle d'opération	garantir que c'est le bon patient, au bon endroit, au bon moment et dans de bonnes conditions pour être opéré
	contrôle de l'identité, du dossier et de la préparation		
INDUCTION DE L'ANESTHESIE	transfert sur le plateau mobile de la table d'opération ou sur le brancard et acheminement vers la salle d'opération	prise en charge du patient arrivé en salle d'opération par l'équipe d'anesthésie jusqu'à l'intervention	garantir une induction de l'anesthésie dans des conditions optimales de sécurité (patient, matériel et personnel)
	installation du patient pour l'anesthésie et mise en route du matériel de surveillance		
ACTE OPERATOIRE	induction de l'anesthésie	exécution de l'acte opératoire	garantir une anesthésie correcte en fonction de l'acte opératoire et sécurisée tout au long de l'intervention
	entretien de l'anesthésie		garantir une installation du patient conforme à la technique chirurgicale et compatible avec le confort du chirurgien, de l'anesthésiste et du patient, ainsi qu'avec sa sécurité
	positionnement opératoire		garantir une préparation du champ opératoire conforme aux recommandations
	préparation cutanée		garantir l'isolement du champ opératoire
	drapage (pose des champs)		garantir une mise à disposition de l'ensemble du matériel nécessaire à l'intervention (matériel présent et fonctionnel)
	installation instrumentation et branchement du matériel		garantir un acte chirurgical conforme et sécurisé
	intervention chirurgicale		garantir un repositionnement en sécurité
	remise en décubitus dorsal, le cas échéant		garantir que le retour des fonctions vitales du patient dans des conditions optimales de sécurité
SURVEILLANCE POST OPERATOIRE	arrêt de l'anesthésie	surveillance post interventionnelle	garantir un transfert sécurisé pour le patient et le personnel
	transfert SSPI		garantir que le patient est accueilli (documentation), correctement installé (branchements) pour le réveil
	accueil et installation SSPI		garantir la surveillance et la sécurisation de la phase post opératoire (critères de réveil et d'extubation, drains, détresses physiologiques)
	surveillance SSPI		garantir que l'état du patient est compatible avec la sortie de la SSPI
REMISE EN ETAT DE LA SALLE	validation et sortie SSPI	préparer la salle pour l'intervention suivante	garantir une évacuation des déchets et du matériel conforme aux recommandations (DASRI produits,...)
	évacuation matériel et déchets		garantir un bionettoyage conforme aux protocoles de bonne pratique et au risque en fonction de l'intervention réalisée
	bionettoyage salle		garantir la disponibilité et l'installation de tout le matériel (appareils, instruments, DM, DMI...) pour l'intervention suivante
	préparation intervention suivante		garantir l'état de fonctionnement des appareils et des installations (check List d'ouverture de salle)
	contrôle de la salle et des appareils		

CATEGORIES DE DANGERS	DANGERS SPECIFIQUES	Evénement redouté	ARRIVEE		ANESTHESIE REA				ACTE OPERATOIRE						SSPI				REMISE EN ETAT DE LA SALLE						
			A		B				C						D				E						
			A1	A2	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	C5	C6	D1	D2	D3	D4	E1	E2	E3	E4	E5		
	104	87																							
	Pr1	Pr2																							
			accueil ,contrôle de l'identité, du dossier et de la préparation	transfert sur le plateau mobile de la table d'opération ou sur le brancard et acheminement vers la salle d'opération	installation du patient pour l'anesthésie et mise en route du matériel de surveillance	induction de l'anesthésie	entretien de l'anesthésie	arrêt de l'anesthésie	positionnement opératoire	préparation cutanée	drapage (pose des champs)	installation instrumentation et branchement du matériel	intervention chirurgicale	remise en décubitus dorsal	transfert SSPI	accueil et installation SSPI	surveillance SSPI	validation et sortie SSPI	évacuation matériel et déchets	prédisinfection des instruments	bio nettoyage salle	préparation intervention suivante	contrôle de la salle et des appareils		
Physiques et techniques	Electrique	électrocution, surtensions, sous tensions, perturbations électromagnétiques	2		1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1								
	Mécanique	chutes, blessures, compressions, écrasements, projections,		1	2	2			1		2	2	1	2	1										
	Thermique	choc, explosion, incendie, froid, chaleur, brûlures,			1	1	1	2	2	2	2	1	1			2	1								
	Hydraulique (eau)	rupture, fuite, surpression, souspression, contamination des points d'eau														1	1			1	1			1	
	Pneumatique (air, fluides)	rupture, fuite, surpression, souspression, explosion					1	1				1	1												
	Chimique	pollution, corrosion, compatibilité	1									1								1					1
	Radiations	ionisation, laser												1											
Informatiques	Système informatique	Panne, logiciel bogue	1			1					1					1								1	
Biologiques	microbiologique	infection	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2			1			2	2	
	biochimique	anoxie, hypoxie	2		2		1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2								
	Produits de santé	toxicité, effets secondaires (allergie, autres)			1	1	1	1	2	1	2		2			2	2		2	2	2				
Management	Organisation des ressources humaines	RH: disponibilité, absentéisme, personnel nouveau, non formé	1	1		1			2	2	2	2	1	1	2	1	1			2				1	
	Organisation des ressources matérielles	gestion défaillante des ressources matérielles (disponibilité, conformité, matériel ou équipement nouveaux...)		1		1			2	2	1	1	1		2	1				2				1	
	Programmation	programmation défaillante ou absente	1	1		1			1	1	2	1	1		1		1			1				1	
	Organisation de l'information	documentation et communication défaillante ou absente	1	1		1			2	2		2	1			2	2		2	2	2				1
	Facteur humain et management		compétence insuffisante, non mise à jour	1			1			2	1	2	1	1		2	1	2			1			2	1
			état de santé physique, psychique et/ou physiologique altéré	1			1			2	1	2	1	1		2	2	1	2		1			2	1
		communication défaillante	2			1			2	2	2	2	1			1	2	2						1	
		conflits interpersonnel				1			2				1							2	2		2	2	

# Construction d'une matrice de criticité

- des niveaux de gravité ont été actés et distribués en cinq classes

classe	Intitulé	incidence	Descriptif
G5	Catastrophique	Irréversibilité	Décès, invalidité
G4	Critique	« perte de chance »	Re-intervention, handicap réversible
G3	Grave	Echec du service	Report, prolongation anormale de la durée prévisible d'hospitalisation
G2	Significatif	Dégradation du service	Retard avec désorganisation de la prise en charge du patient
G1	Mineur	Perturbation modérée sans effet sur le patient	Retard simple

- des niveaux de vraisemblance ont été également actés et distribués en cinq classes

Classe de vraisemblance	Intitulé
V5	Très probable à certain
V4	Probable
V3	Peu probable
V2	Très peu probable
V1	Extrêmement improbable

## Classes de criticité du risque

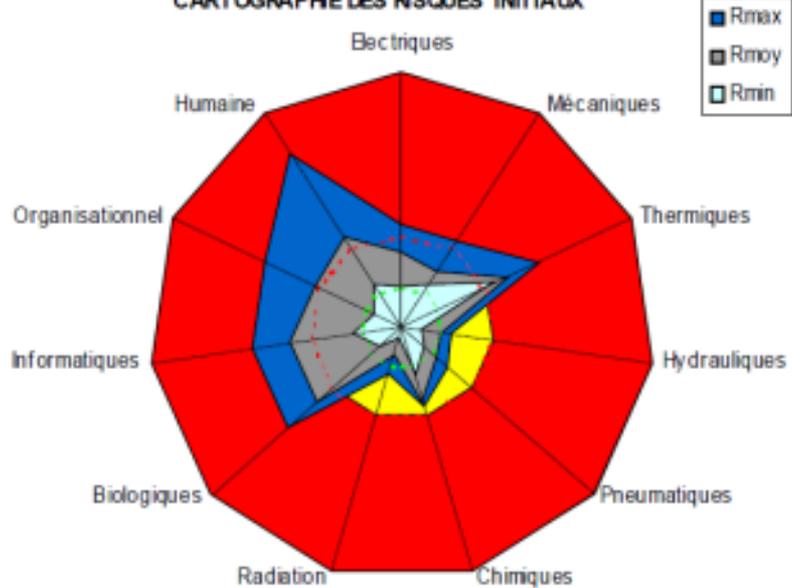
Classes de criticité	Niveau de risque	Actions
C1	Acceptable en l'état	Aucune action n'est nécessaire
C2	Tolérable sous contrôle	On doit organiser un suivi en terme de gestion du risque
C3	Inacceptable	On doit refuser cette situation et prendre des mesures de réduction des risques ou refuser l'activité

# Construction d'une matrice de criticité

		Echelle de gravité				
		G1	G2	G3	G4	G5
Echelle de vraisemblance	V5	C2	C3	C3	C3	C3
	V4	C1	C2	C3	C3	C3
	V3	C1	C2	C2	C3	C3
	V2	C1	C1	C2	C2	C3
	V1	C1	C1	C1	C1	C2

# Cartographie avant/après

CARTOGRAPHIE DES RISQUES INITIAUX



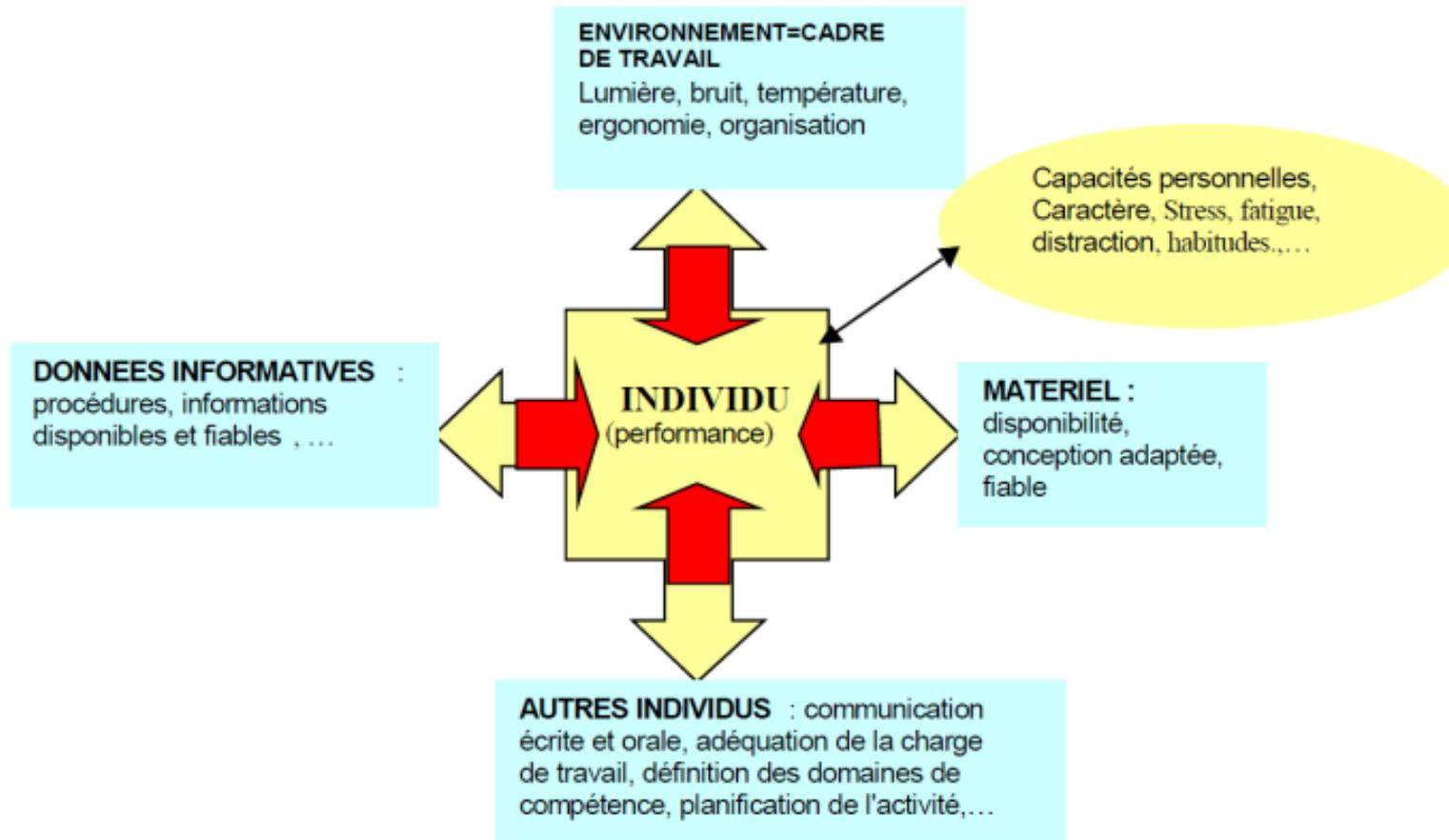
CARTOGRAPHIE DES RISQUES RESIDUELS



# Les Indispensables

- **Une structure de gestion collective et d'arbitrage = le conseil de bloc.**
- **Des règles de fonctionnement du bloc opératoire = une charte de bloc**
- **Un leadership = le Chef de bloc**
- **Un appui au Chef de bloc = le coordonnateur (ou référent ) médical**
- **Des procédures**

# Interaction Individu/ Système

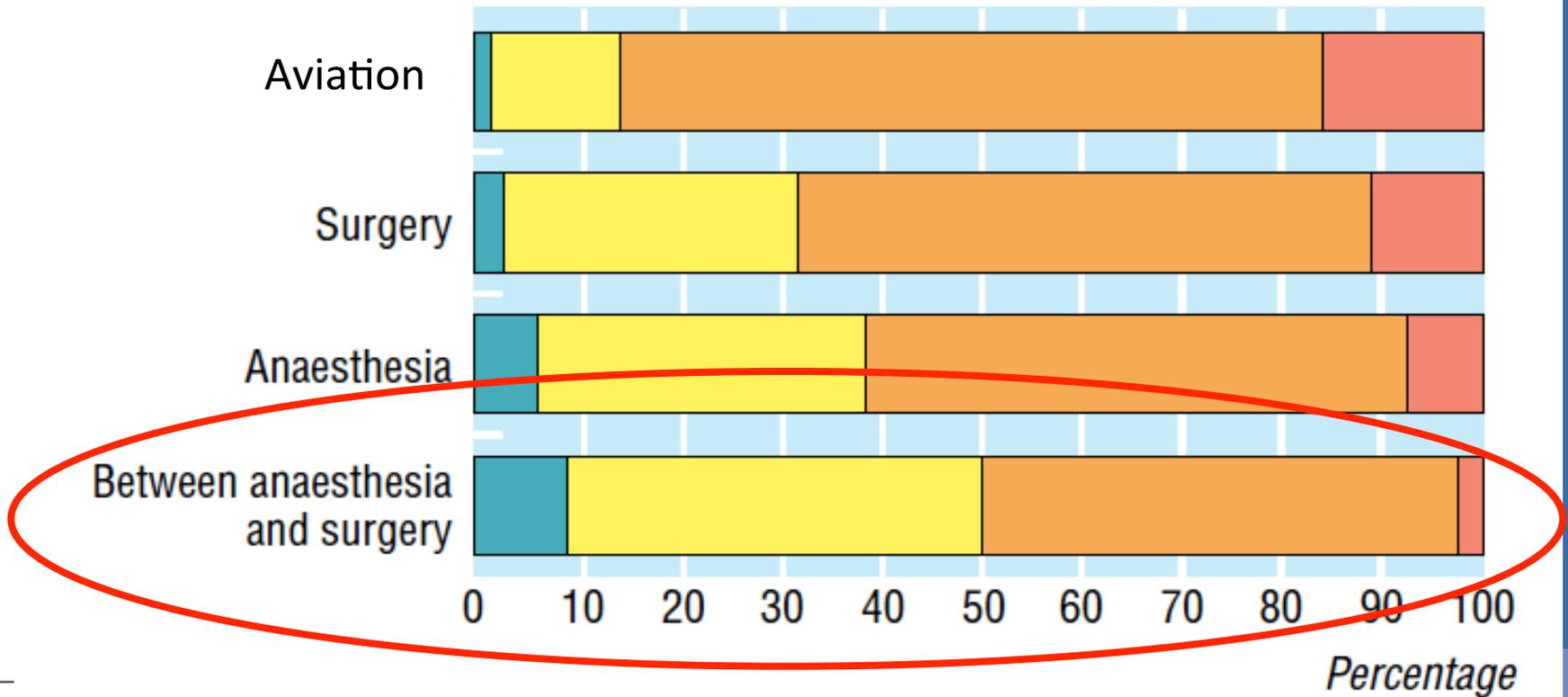
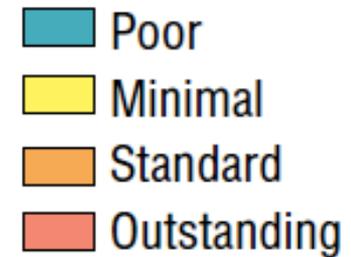


# Management des Ressources Humaines

- **les effectifs doivent être adaptés à l'activité et inversement**
- **le personnel médical et para médical doit être compétent, expérimenté et en bonne santé physique et mentale.**
- **des formations communes**
  - gestion des risques
  - gestion de crise et à la mise en œuvre des gestes d'urgence et au fonctionnement en mode dégradé
  - communication ( "training" de groupe, gestion des conflits, communication orale et écrite)
  - matériel et procédures
  - hygiène et lutte contre les infections nosocomiales

# Communication - Echange et Partage d'Information

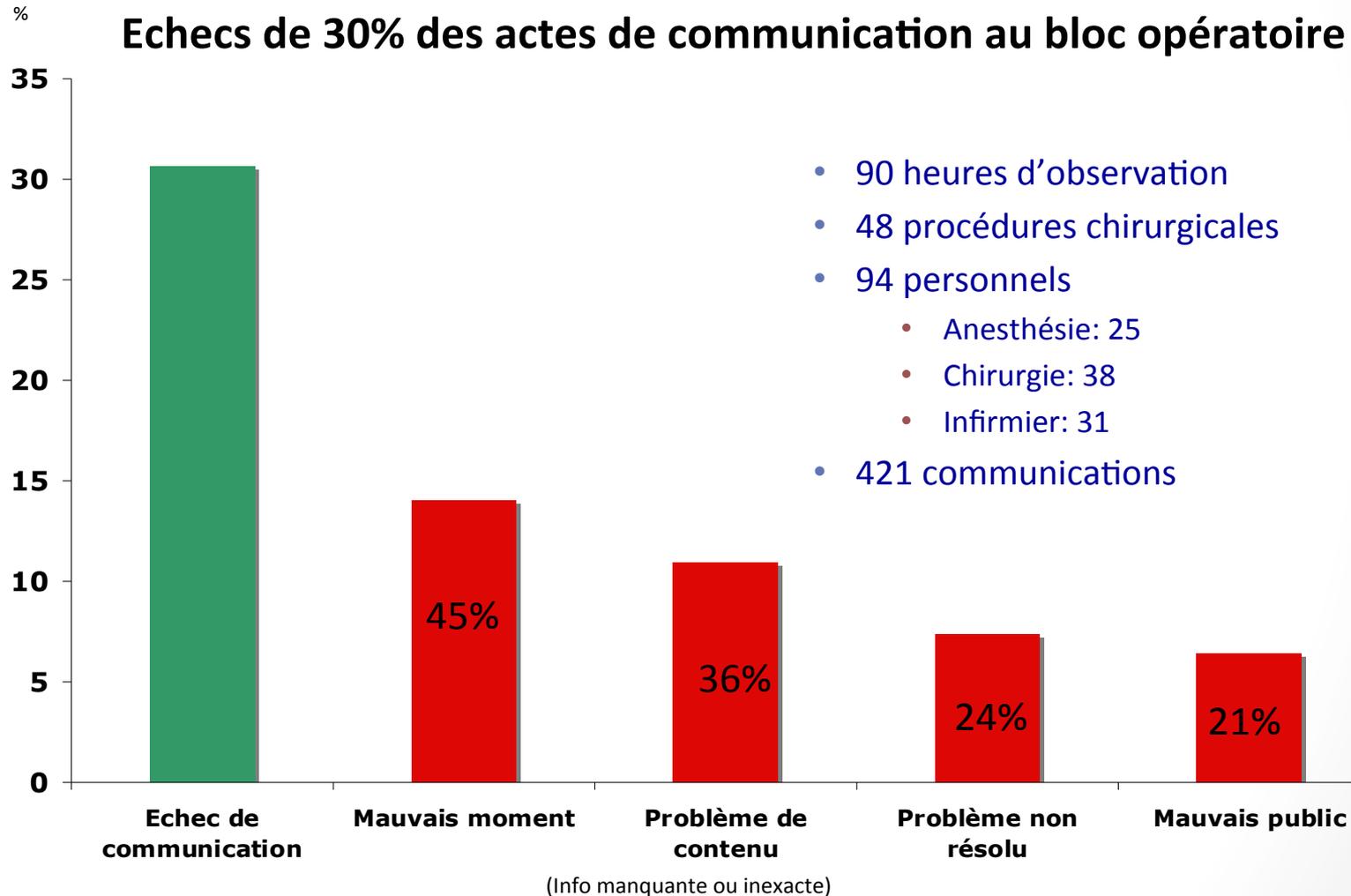
## *Travail d'équipe observé*



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

# Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects

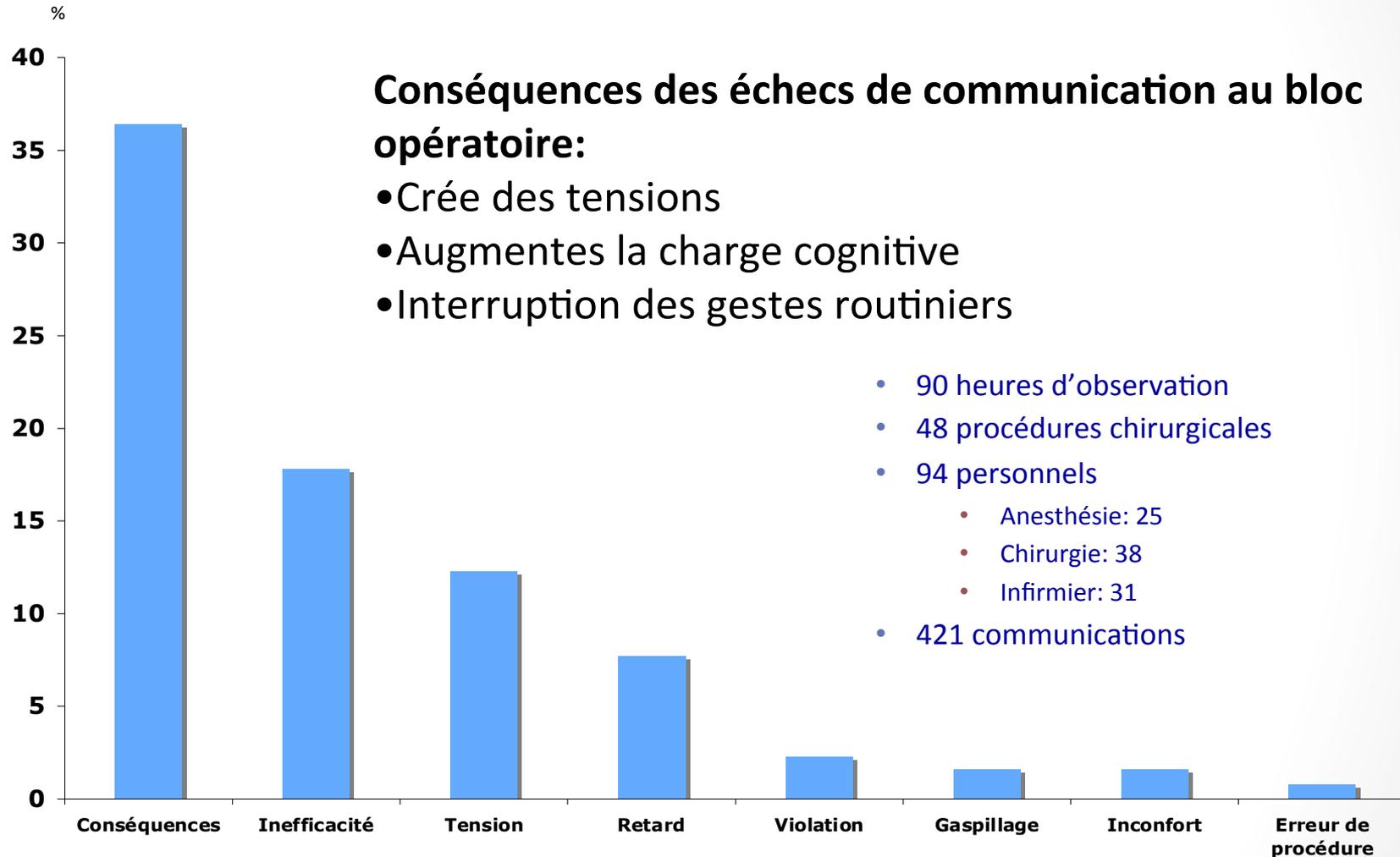
L Lingard, S Espin, S Whyte, G Regehr, G R Baker, R Reznick, J Bohnen, B Orser, D Doran, E Grober



# Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects

*Qual Saf Health Care 2004;13:330-4*

L Lingard, S Espin, S Whyte, G Regehr, G R Baker, R Reznick, J Bohnen, B Orser, D Doran, E Grober



# Surgical safety checklists: do they improve outcomes?

- Les performances rapportées par les études pilotes de la WHO étaient surprenantes
- Elles ont été confirmées lorsque la check-liste est implantée de manière optimale
- La mise en place optimale de cette check-liste n'est pas aussi aisée qu'il n'y paraît **Mertes PM et al, AFAR 2012**
- Les méthodes de déploiement actuelles sont souvent inefficaces
- Elle nécessite du leadership, de la flexibilité et un travail collectif

NUMBER OF MEDICAL MISTAKES SHAKES UP COUNTRY

DON'T WORRY...  
WE'VE DOUBLE-CHECKED  
EVERYTHING ABOUT YOUR  
OPERATION. THERE'LL BE  
NO MISTAKES TODAY,  
MR. COLLINS.

MY  
NAME'S  
SMITH!

STAYSKAL  
99 TAMPA  
TRIBUNE



Identification du patient  
Étiquette du patient ou  
Nom, prénom, date de naissance

## CHECK-LIST

# « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016



Identité visuelle  
de l'établissement



Bloc : ..... Salle : .....  
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....  
Chirurgien « intervenant » : .....  
Anesthésiste « intervenant » : .....  
Coordonnateur(s) check-list : .....

### AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte  Oui  Non\*  
L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal  Oui  Non\*  
 N/A
2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :  
idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique  Oui  Non\*  
la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle  Oui  Non\*
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient  Oui  Non\*
4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)  Oui  Non\*  
 N/A
5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient  
pour la partie chirurgicale  Oui  Non\*  
pour la partie anesthésique  Oui  Non\*  
*Acte sans prise en charge anesthésique*  N/A
6. Le patient présente-t-il un :  
risque allergique  Non  Oui\*  
risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque  Non  Oui\*  
risque de saignement important  Non  Oui\*

### AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

7. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE  
identité patient confirmée  Oui  Non\*  
intervention prévue confirmée  Oui  Non\*  
site opératoire confirmé  Oui  Non\*  
installation correcte confirmée  Oui  Non\*  
documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)  Oui  Non\*  
 N/A
8. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)  
sur le plan chirurgical  Oui  Non\*  
*(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)*  
sur le plan anesthésique  Oui  Non\*  
*Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)*  N/A
9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement  Oui  Non\*  
 N/R  
La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement  Oui  Non\*  
 N/A

### ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

### APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :  
de l'intervention enregistrée  Oui  Non\*  
du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.  Oui  Non\*  
de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.  Oui  Non\*  
si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?  Oui  Non\*  
*Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A*
11. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient  Oui  Non\*

### DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN \*

#### SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien      Anesthésiste / IADE      Coordonnateur CL

Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un \* ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention  
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention



## Mode d'emploi

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS version 2016 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et, en ce sens, n'est pas modifiable.

En revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

### AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

#### Temps de pause avant anesthésie

- 1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.)
- 3 L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.
- 4 La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations / procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépilation éventuelle précisant le mode).
- 5 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.
- 6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
  - en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
  - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.

### AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

#### Temps de pause avant incision

- 7 Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale.  
Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.  
Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
- 8 Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé *time-out*), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
  - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
  - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;
  - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).
- 9 L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement.  
C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

### APRÈS INTERVENTION

#### Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires.  
Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
- 11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas d'écart avec la check-list, la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau.

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la check-list, relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la check-list.

### POINTS CLÉS POUR UN ENFANT

- ▶ Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- ▶ Disposer d'une autorisation d'opérer signée.
- ▶ Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.
- ▶ Prévenir l'hypothermie peropératoire.
- ▶ Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.

## Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital

Nicole Vogts, Jacqueline A Hannam, Alan F Merry, Simon J Mitchell

### Abstract

**Aim** Recent studies have demonstrated a reduction in perioperative complications if a surgical safety checklist is utilised. In our institution an adaptation of the WHO Surgical Safety Checklist is administered in 3 “domains”: on arrival of the patient in the operating room (Sign In); before surgical incision (Time Out) and before the patients leaves the operating room (Sign Out). Since incomplete administration or staff disengagement could diminish any safety benefit we evaluated administration of this checklist.

**Method** 100 adult surgical cases were observed. Compliance with administration of the Sign In, Time Out, and Sign Out domains and their component checklist items was recorded. The timing of the checklist administration, and engagement of operating room teams were also assessed.

**Results** The rate (per 100 cases) of the checklist domain administration was: 99 for Sign In; 94 for Time Out; and 2 for Sign Out. The mean (range) checklist item compliance was 56% (27–100%) for Sign In, 69% (33–100%) for Time Out, and 40% for Sign Out. Checklist items related to patient identity and surgical procedure were administered in 100% of Sign In administrations. Timing of the checklist administration was appropriate in over 80% of cases. Engagement by theatre teams was frequently incomplete.

**Conclusion** The Sign Out domain was almost always omitted, which may increase the risk of important omissions in postoperative care. Most other aspects of checklist administration could also be improved. This will require strong leadership from senior clinicians in all relevant teams.

# Prévenir les Conflits

# Conflits au bloc opératoire

- Source D'EI et d'EPR
- Les conflits de tâches
- Les conflits relationnels
- Autres types de conflits (ex Consultation d'anesthésie)
- Collaboration et la résolution de problème semble être un mode efficace et constructif pour résoudre des conflits de tâches
- Conflit relationnels, en revanche, semblent être mieux gérés par des stratégies d'évitements.

# Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach

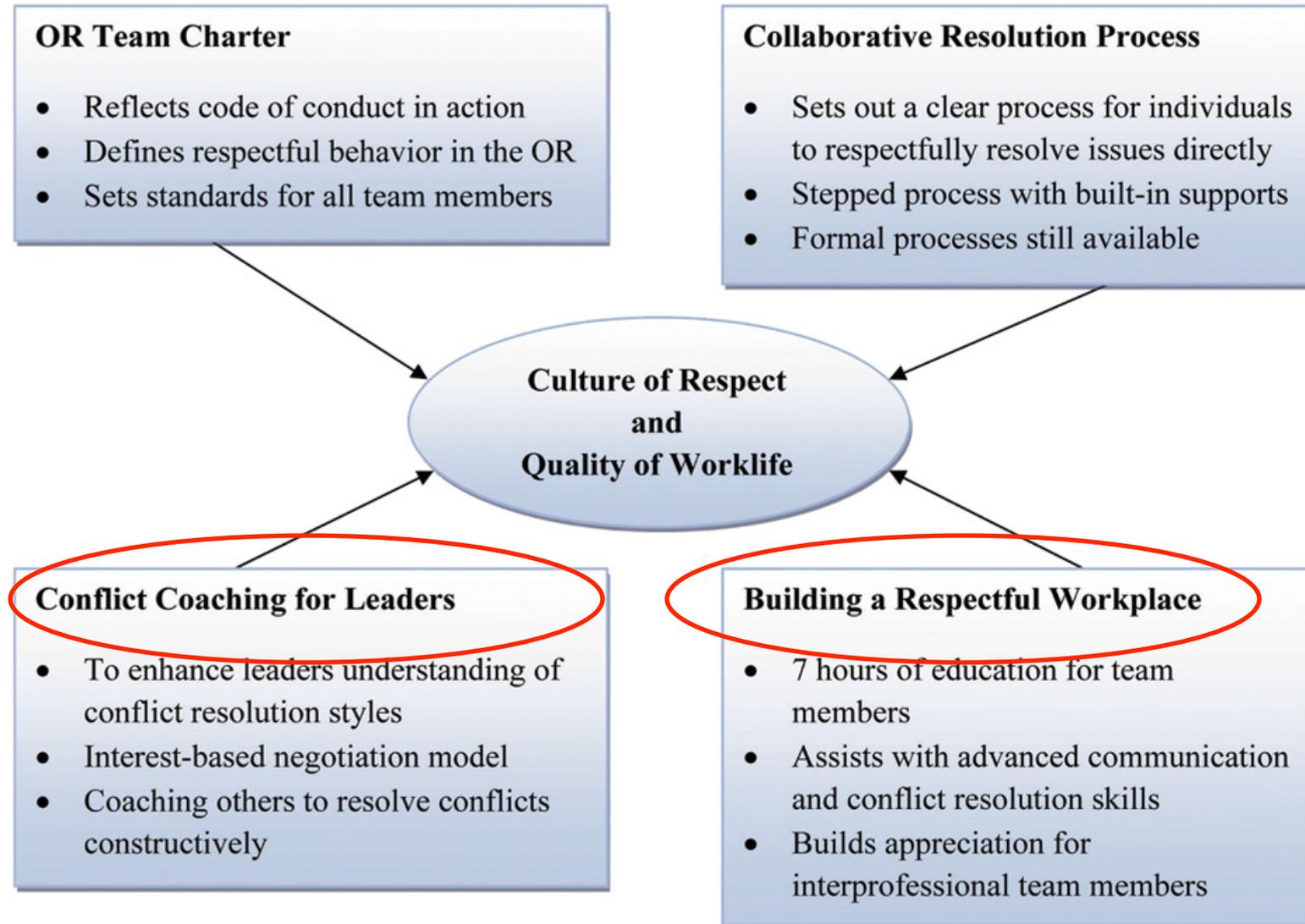
- Conflict management has been identified as an essential competence for surgeons
- **Task-related** conflict be managed using **problem-solving techniques** while avoiding relationship conflict.
- Other approach advocates for the active management of **relationship conflict** as it almost always **accompanies task-related conflict**.
- The types of conflict are tightly interwoven in this setting and thus the most appropriate management strategy is one that assumes that both types of conflict will exist and should be managed actively.

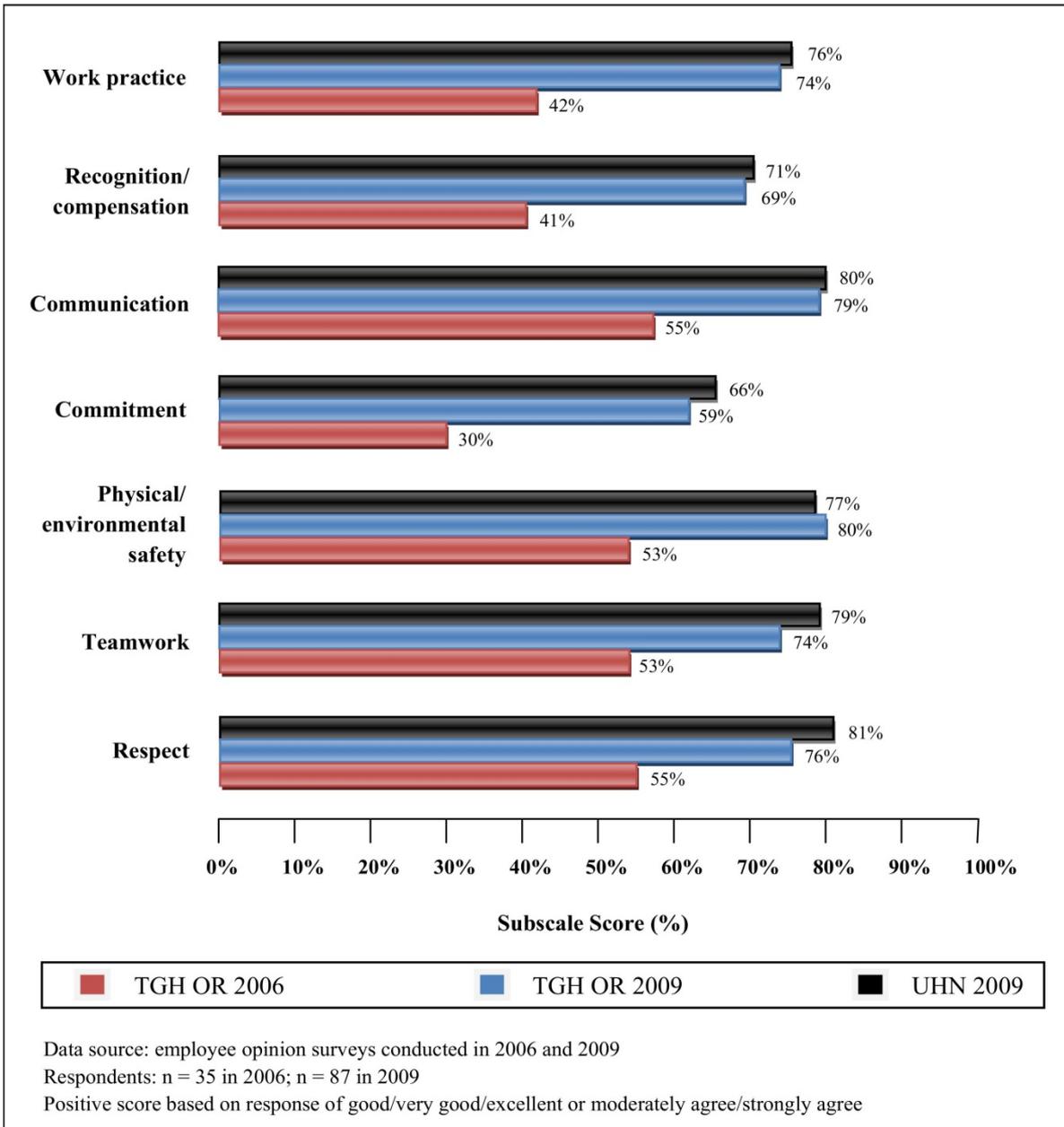
## Tableau II

Différents types de réponse aux conflits [3].

Type de réponse	Description	Avantages	Inconvénients
Évitement	L'existence même du conflit est niée, il est esquivé, évité.	Rapide et utile aux stades précoces lors de tensions importantes.	Inutile voir néfaste à long terme, risque de voir le conflit s'enliser.
Accommodation	On s'adapte aux désirs et aux décisions de l'autre.	Rapide et utile aux stades précoces ou lorsque l'enjeu n'est pas important pour soi.	Intérêts propres non satisfaits. Risque de paraître faible ou manipulable.
Compétition	Le but est d'avoir raison et de sortir gagnant du conflit.	Utile si ressources limitées et si le but est de défendre à tout prix ses intérêts.	Néfaste pour l'esprit d'équipe et la cohésion du groupe.
Collaboration	Le but est de préserver les intérêts des deux parties en trouvant des solutions/compromis.	Utile pour satisfaire toutes les parties et renforcer la cohésion du groupe à long terme	Nécessite du temps et des ressources. Utilité limitée si confiance rompue.

# Working Together to Build a Respectful Workplace:





# La gestion des risques « a posteriori »

# EIAS - Signalement

# Pourquoi déclarer des EI? Points Essentiels

- La déclaration de tous les événements indésirables graves fait partie de cette lutte contre la iatrogénie.
- La déclaration est nominative, mais confidentialité, immunité et respect de l'autre restent indispensables.
- La déclaration des événements indésirables se dissocie clairement des éventuelles procédures médicojudiciaires.

# Pourquoi déclarer des EI? Points Essentiels

- Le « presque accident », quand il est réellement contributif à la sécurité des soins dans l'établissement, doit être déclaré.
- Les événements indésirables graves doivent être recherchés et déclarés dans les périodes pré-, **per-** et postopératoires.
- Par son exemplarité, l'anesthésie réanimation doit participer activement à cette culture nouvelle de sécurité.

LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES LIÉS AUX SOINS OBSERVÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :  
PREMIERS RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE NATIONALE

**T**  
**• 04** densité d'incidence (nombre d'événements pour 1 000 journées d'hospitalisation) observée pour les EIG identifiés pendant l'hospitalisation en fonction de leur caractère évitable, du type d'établissement et d'activité

Type d'établissement et d'activité	EIG identifiés pendant l'hospitalisation			EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation			EIG non évitables identifiés pendant l'hospitalisation		
	Nombre	‰	(95%IC)	Nombre	‰	(95%IC)	Nombre	‰	(95%IC)
Médecine									
CHU	58	7,8	[5,6 ; 10,1]	25	2,9	[1,6 ; 4,2]	33	5,0	[3,1 ; 6,8]
Autres éta sous DG	36	5,0	[3,2 ; 6,9]	18	2,4	[1,2 ; 3,7]	18	2,6	[1,2 ; 4,0]
Ets privés sous OQN	12	4,6	[1,8 ; 7,3]	3	1,4	[0 ; 2,9]	9	3,2	[1,0 ; 5,5]
<b>Total médecine</b>	<b>106</b>	<b>6,2</b>	<b>[4,9 ; 7,5]</b>	<b>46</b>	<b>2,4</b>	<b>[1,6 ; 3,2]</b>	<b>60</b>	<b>3,8</b>	<b>[2,7 ; 4,8]</b>
Chirurgie									
CHU	78	8,6	[6,4 ; 10,8]	28	3,2	[1,9 ; 4,6]	50	5,4	[3,6 ; 7,2]
Autres éta sous DG	34	5,0	[3,1 ; 6,8]	8	1,0	[0,2 ; 1,9]	26	3,9	[2,2 ; 5,6]
Ets privés sous OQN	37	7,0	[4,5 ; 9,6]	13	2,2	[0,8 ; 3,5]	24	4,9	[2,6 ; 7,1]
<b>Total chirurgie</b>	<b>149</b>	<b>7,0</b>	<b>[5,7 ; 8,3]</b>	<b>49</b>	<b>2,2</b>	<b>[1,5 ; 3,0]</b>	<b>100</b>	<b>4,8</b>	<b>[3,7 ; 5,8]</b>
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>6,6</b>	<b>[5,7 ; 7,5]</b>	<b>95</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,8 ; 2,9]</b>	<b>160</b>	<b>4,3</b>	<b>[3,5 ; 5,0]</b>

Lecture : les pourcentages calculés prennent en compte l'effet strate et l'effet grappe de la procédure d'échantillonnage. Le résultat ne peut donc pas se retrouver directement à partir de rapports d'effectifs observés.

Pour les patients admis avant le début du recueil (groupes 1 et 4 de la figure 1), la densité d'incidence est de 8,5 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (7,7 ‰ en médecine et 9,4‰ en chirurgie). Pour les patients admis pendant la période d'observation (groupes 2 et 3), et donc suivis pendant les premiers jours de leur hospitalisation, la densité d'incidence est de 4,5 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (4,1‰ en médecine et 4,9 ‰ en chirurgie).

Source : enquête ENEIS 2004 - Drees - exploitation CCECQA.

type de gravité associé (1) aux événements identifiés pendant l'hospitalisation  
en fonction de leur caractère évitable

	EIG évitables (3)			EIG non évitables (3)		
	Nombre	densité d'incidence pour 1000 journées d'hospitalisation	(95%IC)	Nombre	densité d'incidence pour 1000 journées d'hospitalisation	(95%IC)
Prolongation <sup>(2)</sup>	72	1,7	[1,3 ; 2,2]	128	3,3	[2,6 ; 4,0]
dont prolongation seule	37	0,9	[0,7 ; 1,4]	73	1,8	[1,3 ; 2,3]
Pronostic vital <sup>(2)</sup>	39	0,9	[0,6 ; 1,2]	53	1,6	[1,2 ; 2,1]
Incapacité <sup>(2)</sup>	19	0,5	[0,3 ; 0,8]	36	1,0	[0,7 ; 1,4]
Décès	8	0,2	[0,04 ; 0,3]	13	0,4	[0,1 ; 0,6]

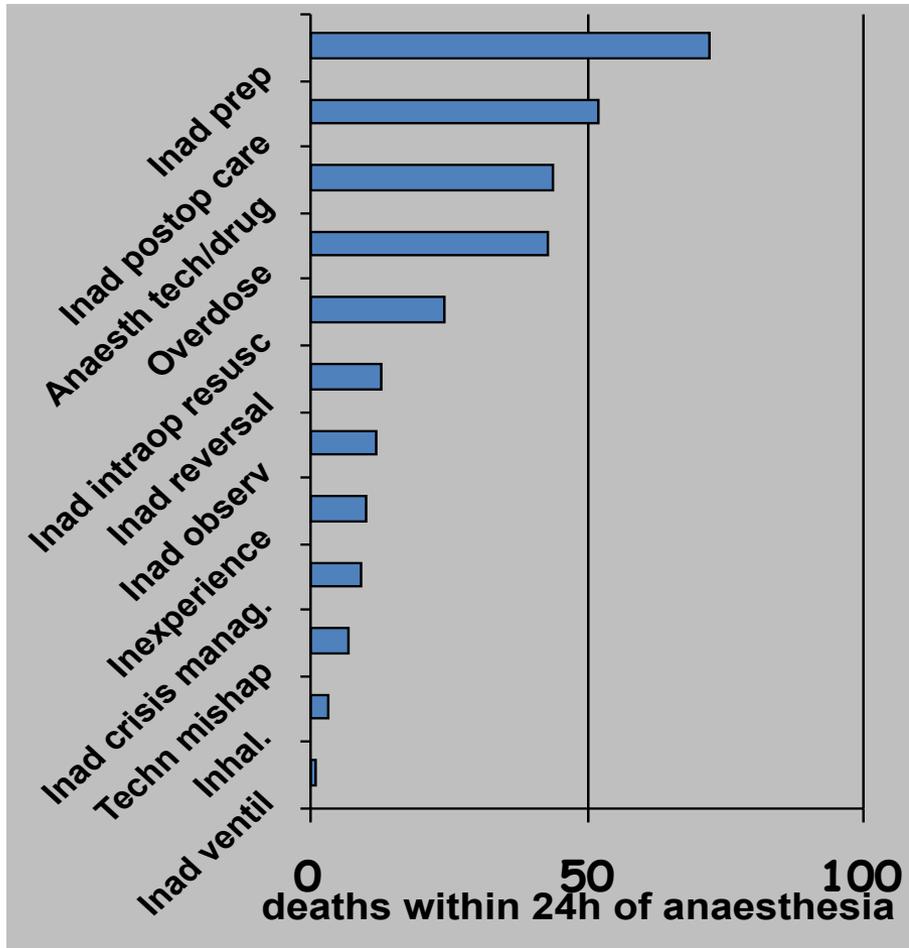
(1) Le fait que tel ou tel type de gravité soit associé à un EIG ne signifie pas forcément qu'il en soit directement la cause.

(2) Associé ou non à un autre critère de gravité.

(3) La somme est supérieure au nombre total d'EIG car un EIG pouvait avoir plusieurs critères de gravité.

Source : enquête ENEIS 2004 - Drees - exploitation CCECQA.

# Les décès “anesthésiques” sont généralement associés à des « erreurs » humaines et organisationnelles



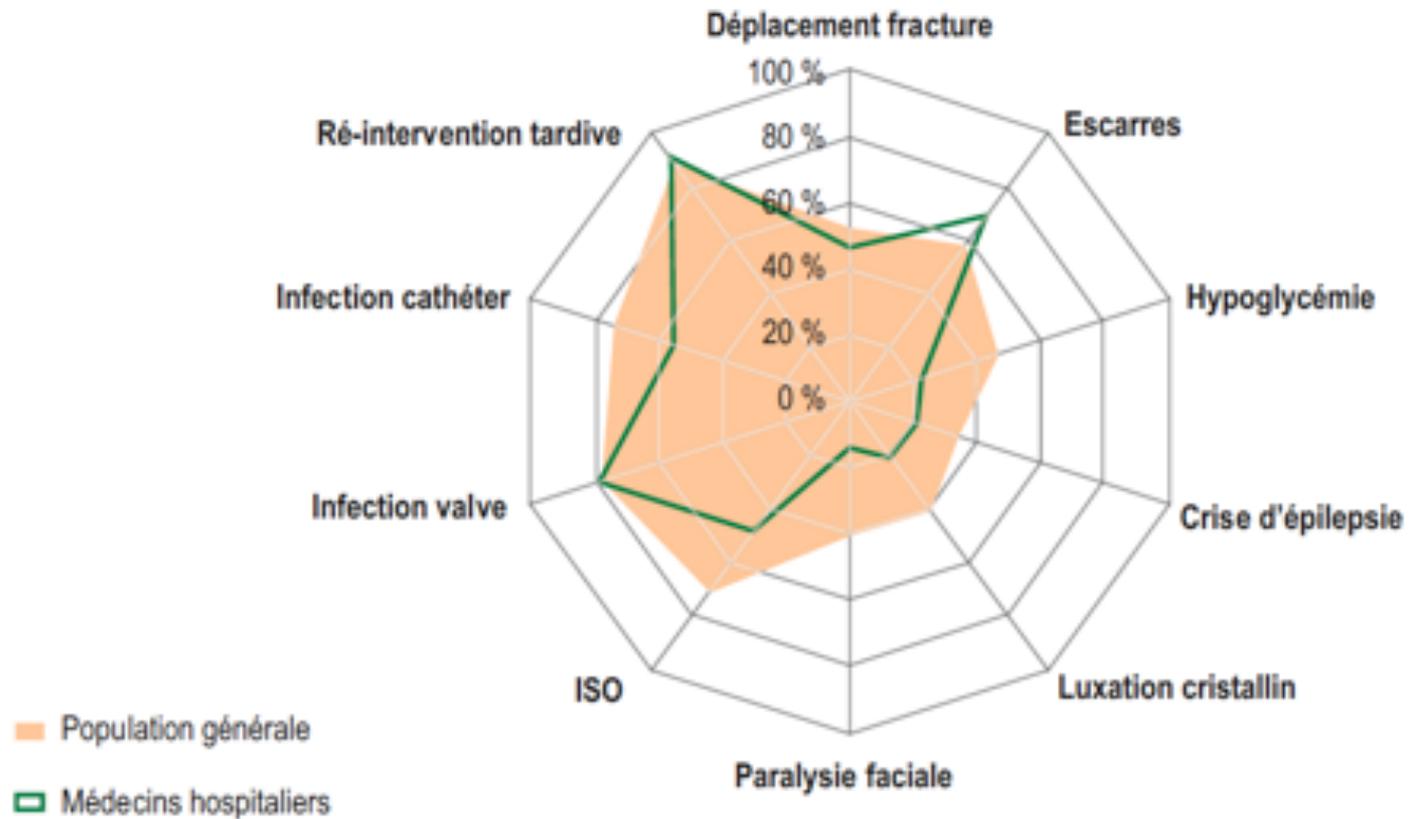
Analyse de 161 décès (< 24h postop)

Causes les plus fréquentes :

- Préparation inadéquate
- Soins postop inadéquats
- Technique/médicament utilisé
- Surdosage médicamenteux
- Resuscitation inadéquate
- Antagonisation des drogues inappropriée
- Erreur d'observation
- Inexpérience
- Management de la crise inadapté
- Erreur de pratique de l'acte
- Inhalation
- Ventilation inadéquate

Enquête Australienne (1996)

Radars de comparaison, population générale - médecins hospitaliers,  
des proportions de personnes trouvant le scénario non acceptable (sur les scénarios hospitaliers)



L'acceptabilité des événements indésirables graves par la population apparaît globalement très faible, quelles que soient la gravité et les conséquences des EIG

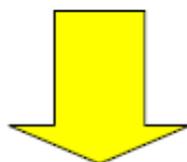
**Un EIG était jugé d'autant plus inacceptable qu'il était perçu comme évitable.**

**La tolérance du milieu médical aux événements indésirables graves apparaît un peu plus élevée que celle de la population générale**

# Analyse des évènements indésirables et EPP

---

- **Traçabilité des évènements indésirables liés aux soins**
- **Analyse approfondie** (causes immédiates, causes racines, conséquences, criticité)
- **Choix et traçabilité actions correctives et préventives**



**= OUTIL D'ÉVALUATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
VALIDÉ PAR LA HAS**

donc validant les 100 crédits EPP obligatoire pour la FMC

# Le dispositif d'accréditation des médecins

---



- L'accréditation des médecins ou des équipes médicales a pour objectif de **prévenir et de réduire les risques liés aux pratiques et actes médicaux, de diminuer la sinistralité** et donc de contribuer à la politique **d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé.**
- Le dispositif repose sur la mise en place, au niveau national, d'une gestion des risques médicaux par spécialité, ainsi que d'un accompagnement des médecins, par des experts de la spécialité, dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de leurs pratiques professionnelles. Le dispositif est complété par une approche Inter-Spécialités plus globale.

# Analyse approfondie d'un EIAS

Conditions productrices d'erreur

Conditions patentes

Accident

Acte à risque

Facteurs déclenchants

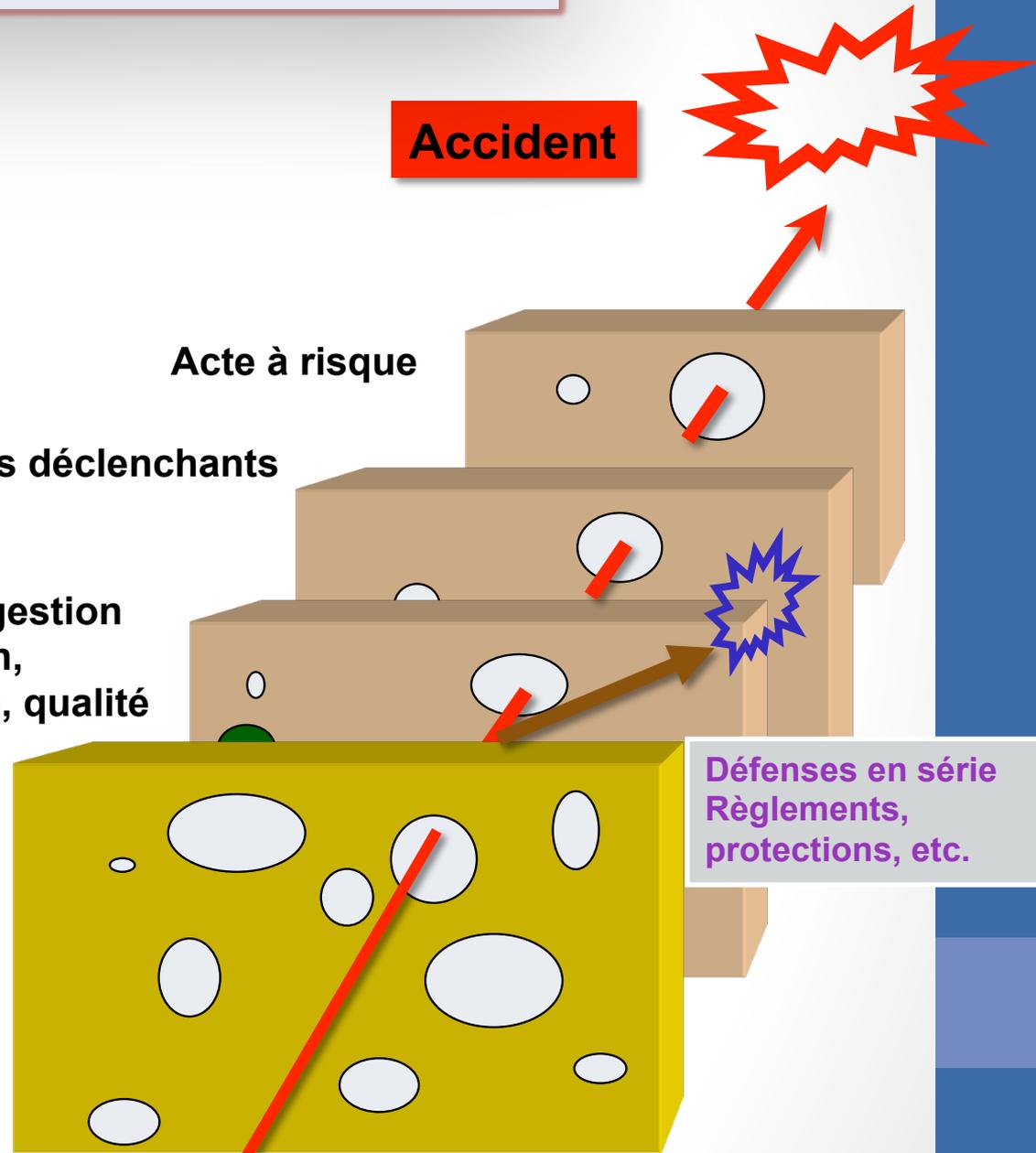
Déficiences dans la gestion de la production, planning, organisation, qualité

Culture d'entreprise et d'organisation

Conditions latentes

Défenses en série  
Règlements, protections, etc.

d'après J. Reason



# Méthode ALARM

outil qui permet de structurer l'analyse des causes des événements indésirables

- Méthode d'analyse développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche composé du « Clinical Safety Research Unit » (Imperial College London) et de l'« Association of Litigation And Risk Management » (ALARM), sous la présidence de Charles Vincent.
- Le protocole s'appuie sur un outil, la grille «ALARM ».

# Facteurs contributifs par catégorie

## Facteurs liés au patient

- 1.1 Antécédents
- 1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)
- 1.3 Traitements
- 1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
- 1.5 Relations conflictuelles

## Facteurs liés aux tâches à accomplir

- 2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
- 2.2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)
- 2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
- 2.4 Définition des tâches
- 2.5 Programmation, planification

## Facteurs liés au contexte individuel (personnel)

- 3.1 Qualifications, compétences
- 3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique

## Facteurs liés à l'équipe

- 4.1 Communication entre professionnels
- 4.2 Communication vers le patient et son entourage
- 4.3 Informations écrites (dossier patient, etc.)
- 4.4 Transmissions et alertes
- 4.5 Répartition des tâches
- 4.6 Encadrement, supervision
- 4.7 Demande de soutien ou comportement face aux incidents

## Facteurs liés à l'environnement de travail

- 5.1 Administration
- 5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
- 5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
- 5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
- 5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
- 5.6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)
- 5.7 Charge de travail, temps de travail
- 5.8 Retards, délais

## Facteurs liés à l'organisation et au management

- 6.1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
- 6.2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
- 6.3 Politique de formation continue
- 6.4 Gestion de la sous-traitance
- 6.5 Politique d'achat
- 6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
- 6.7 Ressources financières

## Facteurs liés au contexte institutionnel

- 7.1 Politique de santé publique nationale
- 7.2 Politique de santé publique régionale
- 7.3 Systèmes de signalement

**Culture d'entreprise et d'organisation**

**Facteurs influant sur la pratique clinique**

**Problèmes de soins**

**Barrières de défense**

Décisions stratégiques et processus d'organisation

Conditions productrices d'erreur

Conditions productrices de violation

Erreurs

Violations

Procédure

Supervision

Contrôle

Accidents/ incidents



**Conditions latentes**

**Facteurs déclenchants**

**Actes à risques**

# REMED

## Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés

- Méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux
- Permet d'optimiser l'organisation de la prise en charge thérapeutique
- Permet aux différents professionnels de s'inscrire dans une démarche d'EPP

# De nouvelles initiatives



## *Points-clés et Solutions*

# Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens : Mieux travailler en équipe.

Pr P- M. Mertes (AR) et Pr A. Deleuze (chirurgien)



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



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

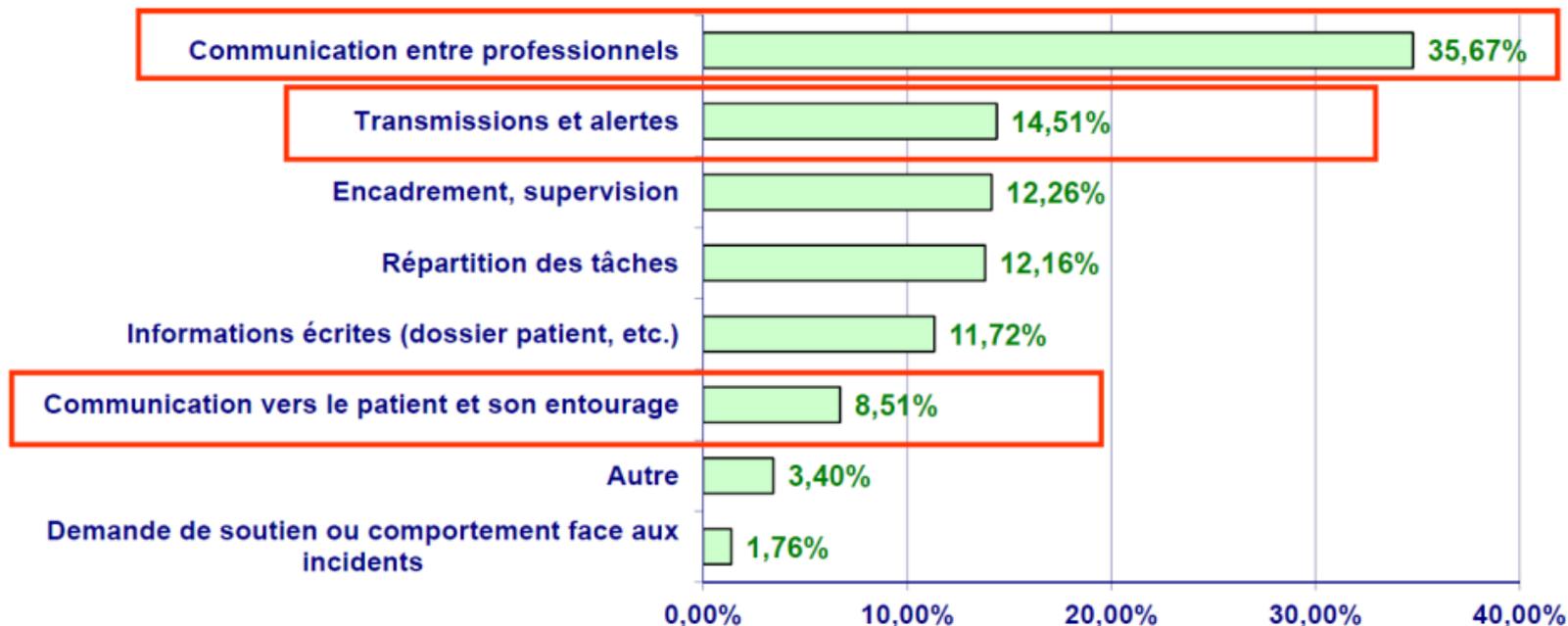
- Mai 1994 : CNOM - recommandations concernant les relations anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (actualisées décembre 2001).
- 2009 : enquête ENEIS

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

- Mars 2015: HAS : analyse base REX : 47 000 EIAS depuis 2011
- Déficience de communication au sein de l'équipe = cause la plus commune des erreurs médicales graves.

## Base REX : Causes profondes liées à « équipe »

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



# 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**.

## Les points-clés pour une pratique en équipe efficace

1. Le **dossier du patient** est consultable dans l'établissement de santé où le patient est pris en charge. Il est renseigné, actualisé, et partagé. Il doit être accessible à tout moment par tous les membres de l'équipe afin de permettre la traçabilité et la transmission des informations.

2. Tout patient qui doit avoir une intervention programmée nécessitant la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur, quel que soit le type d'anesthésie qui sera réalisé, doit avoir **deux consultations préopératoires : une chirurgicale et une anesthésique**.

3. Lors des consultations préopératoires de chirurgie et d'anesthésie, **toutes les informations** concernant la période périopératoire sont notées dans le dossier du patient afin d'être accessibles à la connaissance de chacun :

- le **chirurgien note dans le dossier, pour en informer l'anesthésiste, les éléments jugés pertinents concernant l'intervention**, en précisant les termes de l'information donnée au patient et/ou au représentant légal. La date d'intervention qui peut être proposée au patient à ce stade est de nature prévisionnelle ;
- l'**anesthésiste-réanimateur note dans le dossier, pour en informer le chirurgien, les éléments jugés pertinents concernant l'anesthésie** en relation avec la nature de l'intervention envisagée. Le choix d'une technique d'anesthésie, argumenté en consultation préopératoire et confirmé avant l'intervention lors de la visite préanesthésique, est une décision qui engage l'ensemble des acteurs qui seront en situation d'effectuer l'anesthésie ;
- **pour l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien : les demandes** éventuelles de **consultations spécialisées**, de préparation spécifique préopératoire et de **soins intensifs/réanimation postopératoires** sont argumentées, notées et leurs indications partagées. Toute modification du choix de la technique opératoire et/ou anesthésique doit être tracée, motivée et expliquée en temps utile aux acteurs de soins concernés.

4. L'appréciation de l'**opérabilité** du patient est établie au terme des consultations de chirurgie et d'anesthésie. Dans les situations complexes ou jugées à risque, elle fait l'objet d'une concertation entre anesthésiste et chirurgien. Elle doit être tracée selon les modalités propres au secteur d'activité. Elle permet de confirmer la date opératoire.

5. La **programmation opératoire** est établie conjointement par les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance postinterventionnelle. Cette programmation se traduit par l'édition hebdomadaire d'un programme opératoire validé, et adressé à tous les acteurs.

6. Les modalités de **changement de programme, de rajout de patients non programmés** et notamment des urgences sont définies après concertation entre chirurgien, anesthésiste-réanimateur et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire. Dans le cas d'un bloc des urgences mutualisé H24, des règles communes de priorisation des urgences selon des critères médicaux validés par les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens sont définies avec toutes les spécialités chirurgicales utilisatrices.

7. Les règles de continuité du **traitement personnel du patient** (conciliation médicamenteuse) sont définies, et précisent notamment le médecin qui en est chargé.

8. L'organisation du secteur d'activité permet à tout moment et pour tout patient, opéré ou sous surveillance médico-chirurgicale, l'**identification de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien** qui assurent la continuité des soins et la prise en charge jusqu'à la sortie, les visites et la surveillance postopératoire, y compris pendant les périodes vulnérables (nuit, week-end, jours fériés). La procédure d'appel urgent H24, 7J/7 est disponible, connue et en place.

**9. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »** est réalisée pour chaque intervention en présence de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien, notamment pour les temps 2 et 3.

Tous les éléments concernant la prise en charge postopératoire du patient sont précisés par l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien dès la fin de l'intervention (temps 3 de la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire ») et sont consignés dans le dossier du patient.

**10. Les procédures et protocoles** de prise en charge des patients font l'objet d'un consensus entre les chirurgiens, les médecins anesthésistes-réanimateurs, et l'équipe du bloc opératoire. Ils sont connus et respectés de tous. Ils précisent, entre autres, **le rôle de chacun** pendant toute la durée de la prise en charge des patients et sont définis par écrit, connus et respectés, notamment en termes :

- de prise en charge de la douleur ;
- d'installation du patient au bloc opératoire ;
- de prise en charge de la prophylaxie antithrombotique ;
- de prise en charge de l'antibioprophylaxie et de l'antibiothérapie ;
- de gestion des anticoagulants et des antiagrégants ;
- de prescription des produits sanguins et dérivés ;
- de nutrition pré- et postopératoire ;
- de suspension, maintien, adaptation et décision de reprise des traitements personnels du patient ainsi que de rédaction des ordonnances de sortie ;
- de toute prise en charge spécifique au secteur d'activité...

**Tout changement** est tracé dans le dossier du patient et partagé autant que nécessaire.

**11. L'organisation de la sortie du patient** est anticipée pour toutes les prises en charge susceptibles d'être protocolisées. Le rôle de chaque professionnel est défini en fonction des secteurs d'activité.

En cas de sortie non programmée, le médecin qui en prend la décision en assume l'organisation concertée.

**12. En cas de survenue d'un événement indésirable associé aux soins**, sa déclaration, l'information qui sera donnée au patient et/ou au représentant légal, ainsi que la désignation du (ou des) médecin(s) qui s'en chargera(ont) font l'objet d'une concertation entre anesthésiste-réanimateur et chirurgien.

**13. L'analyse** régulière et en équipe pluriprofessionnelle/pluridisciplinaire des **événements indésirables associés aux soins** (de type RMM) est organisée et entraîne la mise en œuvre d'actions d'amélioration des soins et de la sécurité des patients.

**14. Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens** participent au **conseil de bloc opératoire** qui se réunit régulièrement pour organiser le secteur opératoire et résoudre les dysfonctionnements.

**15. Tous les critères** précédents et leurs modalités de mise en œuvre (organisation, rôles, responsabilités, délégations) sont décrits dans une **charte de fonctionnement et d'organisation interne** du secteur d'activité.

De plus, cette charte rappelle :

- le respect mutuel et le respect de l'expertise professionnelle de chacun, l'écoute et la nécessité des échanges d'informations que se doivent tous les professionnels de santé quel que soit leur statut ;
- l'importance de la vigilance de tous les acteurs pour détecter et signaler sans délai toute situation dangereuse et événement indésirable associé aux soins ;
- que les modalités de communication anticipée des absences ou indisponibilités des médecins sont établies afin de permettre une meilleure adaptation des ressources ;
- que la sécurité du patient est l'affaire de tous les professionnels sans exception et quel que soit leur statut.

Cette charte est validée par la **CME** et le **directeur** de l'établissement de santé.

Elle est diffusée à tous les acteurs.

Elle engage les médecins du secteur d'activité.

**Et aussi la Santé au Travail**

# Un lien évident ...

## Démarche Qualité de Vie au Travail & performance d'entreprise



Place de la reconnaissance  
et dimension de la gratuité dans le  
soin ?

# 2010



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Actes du séminaire  
« Qualité de vie au travail et qualité des soins  
dans les établissements de santé »

21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis

## Maltraitance des patients

- Causes institutionnelles
- Souffrance des professionnels
- Effets collatéraux du travail
- normalisé qui « a mis l'humain de côté »
- Très fortes attentes sociales

## Sommaire

### Introduction

Jean-Paul GUERIN

### Session I : Les mutations du travail

#### Les transformations du travail de 1980 à 2010

Serge VOLKOFF

#### Qualité de vie au travail et qualité du travail

Yves CLOT

#### Discussion

#### Mutations du travail : la situation des établissements de santé

Pierre LOMBRAIL

#### Session II : Les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité de vie au travail en établissements de santé

#### Les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention

Régis de GAUDEMARIS

#### Santé et satisfaction au travail : Enquêtes quantitatives et approches ergonomiques. Priorités dégagées.

Madeleine ESTRYN-BEHAR

#### Discussion

#### Démarche participative et qualité de vie au travail

Joël CECCALDI, Gilles NALLET

#### Discussion

#### Les hôpitaux attractifs en Belgique

Sabine STORDEUR

#### Session III : Perspectives : approches managériales et qualité de vie au travail

#### Santé au travail, quand le management n'est pas le problème mais la solution ?

Mathieu DETCHESSAHAR

#### Qualité de vie au travail : les ressorts de l'organisation

Pascale LEVET

Ana

L'AGENCE NA  
POUR L'AMÉLIOR  
DES CONDITION

Raymond LE MOIGN, HAS

J'aimerais partager avec vous six constats et sept propositions d'actions que la HAS entend engager ou soumettre aux parties prenantes. Le premier constat est que les établissements de santé évoluent. Nos établissements doivent gérer le changement. Or, nous sommes confrontés à des défis collectifs et de compromis productif dans nos établissements de santé majeure.

« la qualité de vie au travail n'est pas autre chose qu'un **questionnement sur la qualité du travail** »

Nous constatons ensuite que la qualité de vie au travail n'est pas autre chose qu'un questionnement sur la qualité de la dimension des organisations.

« l'existence d'une triangulation magique entre qualité du travail, **santé des professionnels** et qualité des soins... »

de la qualité du travail, santé des professionnels. En outre, il est possible de

Nous savons ensuite que quelles que soient les bonnes intentions, il est possible de créer des effets pervers, de créer des injonctions bureaucratiques.

« quelles que soient les bonnes intentions ... la démarche qualité portée par la **HAS ne doit pas être le faux nez d'une injonction bureaucratique et verticale**, propre à alimenter les machines de gestion. »

Cinquième constat : il y a aussi sur la qualité de la culture de la culture de la qualité.

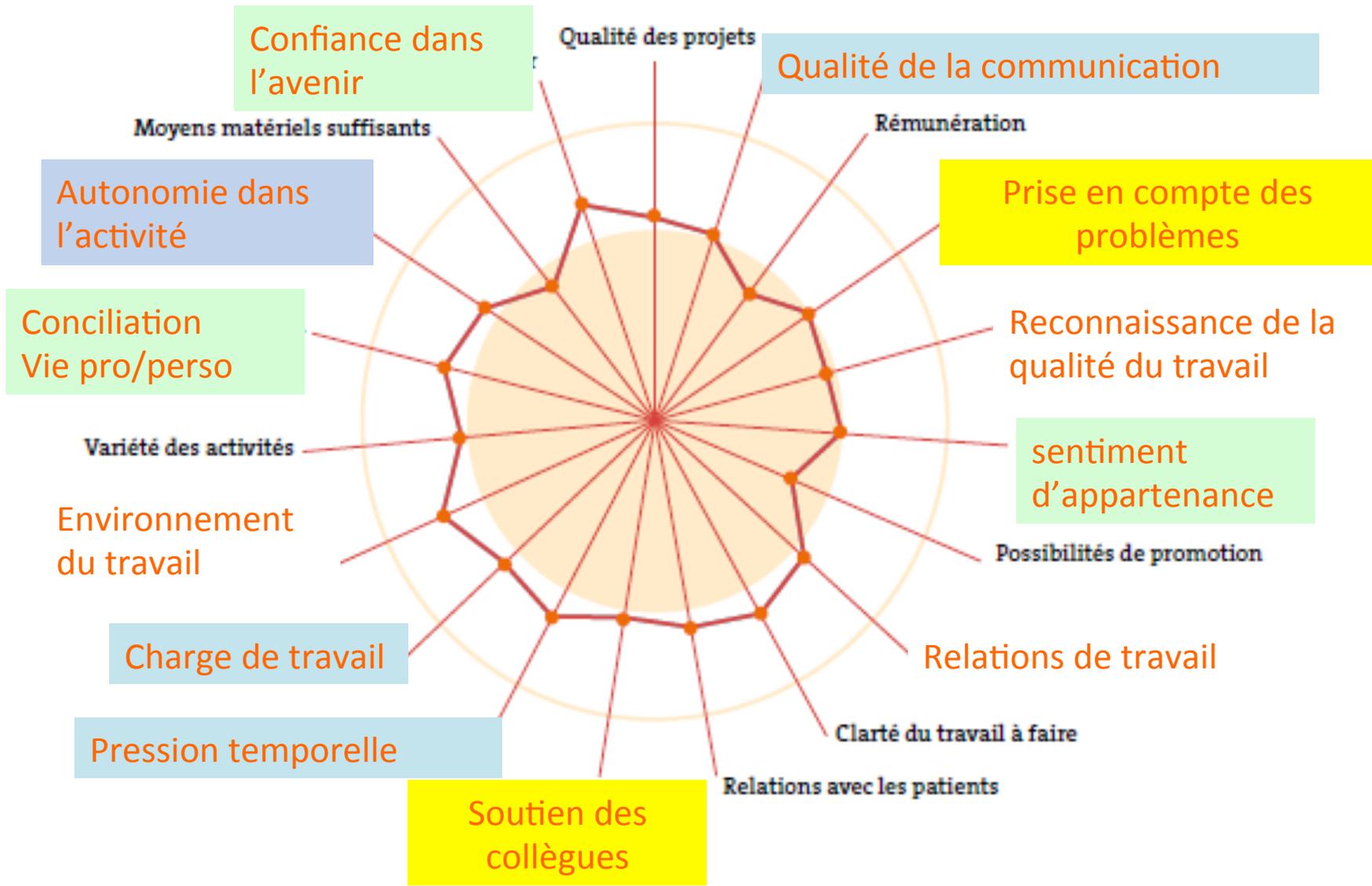
Enfin, il existe des bonnes pratiques de management et de gestion des ressources humaines qui favorisent le développement professionnel continu des personnels de santé. Il nous appartient d'essayer de travailler en permanence sur ce qui fait la qualité d'un processus de décision dans nos établissements de santé et sur les conditions de travail.

« interroger la QVT, c'est interroger **la qualité des interactions au sein d'une équipe** ... »

J'aimerais travailler avec vous pour structurer un droit de suite au séminaire sous la forme d'une communication active et attrayante.

# A l'échelle d'équipe ? Quels types indicateurs ?

## Perception de QVT, fonctionnement dans son réel, santé au travail ...



# Aspects cliniques de la « non QVT »

Asthénie, Troubles sommeil,  
Manque d'énergie,  
Hyperactivisme, présentéisme,

Troubles somatiques, TMS,  
Troubles de l'humeur,  
Anxio-dépression  
Repli sur soi, isolement

Consommations abusives,

— . . . . .



# Aspects cliniques variés

Harcèlement



Travail compulsif



Conflits



Hyper-activisme



# Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT)

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 782–794

M.-A. Doppia<sup>a,\*</sup>, M. Estryin-Béhar<sup>b</sup>, C. Fry<sup>b</sup>, K. Guetarni<sup>b</sup>, T. Lieutaud<sup>c</sup>, le comité de pilotage de l'enquête SESMAT<sup>1</sup>



2011

**40 %**  
**pas plus que**  
**d'autres spécialités**

**Objectif.** – Le syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) a des répercussions néfastes sur la santé des professionnels de soins, mais aussi sur la qualité des soins. L'objectif de l'enquête santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT) était de mesurer la fréquence du SdEP chez les médecins et pharmaciens salariés (MPS) des établissements de soins. Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les facteurs de risque du SdEP chez les anesthésistes réanimateurs (AR) et chez les autres praticiens.

**Méthodes.** – Sur la base d'un questionnaire anonyme autodéclaratif diffusé via un site Internet, le SdEP a été exploré par le *Copenhaguen Burnout Inventory* (CBI) chez les AR et les autres praticiens. Différents scores ont été utilisés : pression quantitative de travail, qualité de travail d'équipe, influence du travail ; relations interpersonnelles ; stress perçus, conflits travail/famille ; satisfaction du salaire. Une analyse multivariée par régression logistique multivariée a permis de déterminer les facteurs de risque.

**Résultats.** – Parmi les 3196 MPS ayant rempli un questionnaire analysable, le CBI a permis de mesurer un score élevé de SdEP chez 38,4 % des AR et 42,4 % des autres praticiens ( $p < 0,05$ ). Dans chaque groupe, on constate un important défaut de perception de cette atteinte puisque seuls 15 % des praticiens identifient le SdEP. Les facteurs de risque du SdEP chez les AR ont un effet très significatif quantitatif (ORaj = 1,4 ; IC<sub>95</sub> 1,34–1,53), un score élevé de conflits travail/famille (ORaj = 1,2 ; IC<sub>95</sub> 1,1–1,3), un score faible de qualité de travail d'équipe (ORaj = 0,9 ; IC<sub>95</sub> 0,8–1,0) et des relations tendues dans l'équipe (ORaj = 1,9 ; IC<sub>95</sub> 1,25–2,95). Ces facteurs de risque sont en majorité retrouvés chez les autres praticiens. Le sexe féminin, l'âge jeune et l'insatisfaction du salaire ont une influence significative, mais différente dans les deux groupes. La déclaration de harcèlement des supérieurs est retrouvée avec une influence significative uniquement chez les anesthésistes (ORaj = 1,83 ; IC<sub>95</sub> 1,04–3,22).

**Discussion.** – Le SdEP touche près d'un médecin ou pharmacien salarié sur deux. Les anesthésistes ne sont pas plus affectés que les autres professionnels et tous rencontrent des difficultés à identifier cet état. Réduire la pression quantitative, les conflits travail/famille et améliorer la qualité du travail d'équipe sont des objectifs primordiaux pour diminuer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel.

# Burn out: réalité sur la sécurité des soins

## Moindre adhésion aux procédures de sécurité

*De Oliveira Anesth Analg 2014*

Confirmation du **côté à opérer**

Vérification **bilan sanguin préopératoire**

Port de **gants et masque** pour Anesth Loco Rég.

Vérification du matériel **d'intubation difficile**

**Contrôle RX après pose de voie veineuse centrale**

Actionner les **alarmes**

*Shanafelt Ann Int Med 2002*

« J'ai fait des erreurs thérapeutiques par négligence »

« Je n'ai pas parfaitement exposé les possibilités thérapeutiques au patient »

« Je n'ai pas réalisé un test diagnostic pour muter un patient »

« J'ai prescrit une contention ou une sédation pour agitation chez un patient agité sans l'évaluer correctement »

## Burnout and Medical Errors Among American Surgeons

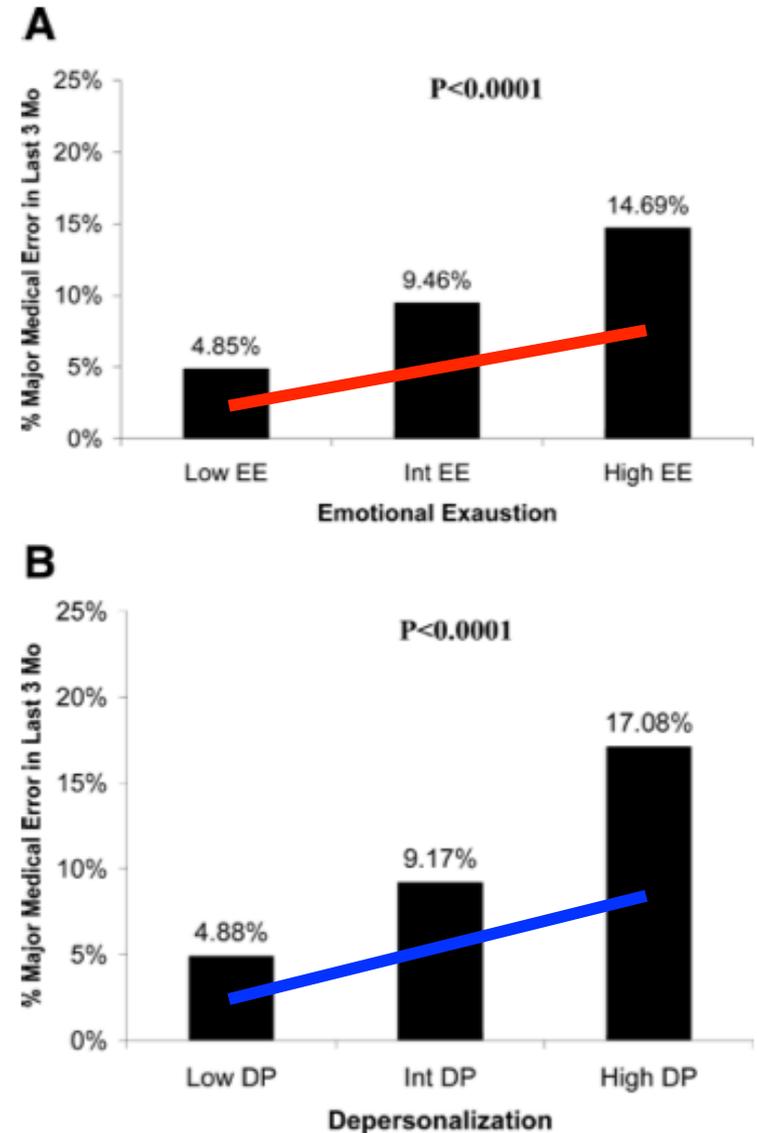
Tait D. Shanafelt, MD,\* Charles M. Balch, MD,†‡ Gerald Bechamps, MD,†§ Tom Russell, MD;  
Lotte Dyrbye, MD,\* Daniel Satele, BA,\* Paul Collicott, MD,† Paul J. Novotny, MS,\* Jeff Sloan, PI  
and Julie Freischlag, MD†‡



## Chirurgiens ...

**Relation linéaire :**  
nombre d'erreurs rapportées

et **sévérité**  
de l'**épuisement émotionnel**  
et de **dépersonnalisation**  
au MBI



**FIGURE 1.** Report of making a recent medical error by degree of burnout. **A**, Report of making a recent medical error by degree of emotional exhaustion. According to standard-

When your car breaks down you can get help within **60 minutes.**

When your mind breaks down it can take **18 months.**

**rethink** severe mental illness - [www.rethink.org](http://www.rethink.org)

~~When a doctor's mind breaks down, it can take **years.**~~

# 2009



**CFAR** COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

## Sept 2009 Commission SMART



COLLEGE DES ENSEIGNANTS

D'ANESTHESIE REANIMATION



+





# SANTÉ

## AU TRAVAIL :

# NOUVEAUX DÉFIS, NOUVEAUX OUTILS

PAR MAX-ANDRÉ DOPPIA  
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SMART



## Santé au Travail – SMART

- > L'essentiel
- > Auto-tests
- > Réseau ADDICTO
- > Documentation
- > Référentiel Métier

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

Besoin d'être écouté(e) ?  
Composez le n° vert !

**Professionnels de  
l'anesthésie-réanimation,  
vous n'êtes pas seuls**

**0 800 00 69 62** Service & appel  
gratuits



# Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe // Tarif selon opérateur  
depuis un téléphone mobile

possible par

**e-Chat**

onglet SMART / N° VERT

codes cfar / cfar

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

24h  
/ 24

7 jours  
/ 7



En savoir plus

**Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7**  
un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis  
gratuitement à votre disposition par le *Collège Français  
des Anesthésistes Réanimateurs*  
[www.cfar.org](http://www.cfar.org)

**CFAR. 02H37** : Bonsoir. Une collègue m'a indiqué votre N° pour les Anesthésistes...

**Mme Martin, Psychologue.**  
**02H38** : Vous appelez pour la première fois ?

**CFAR. 02H39** : .. J'en ai jamais parlé jusqu'à cette nuit... Je détourne du Sufenta au bloc.. va mal finir. Mais, je ne sais plus, moi...

**Mme Martin, Psychologue.**  
**02H40** : Vous avez eu raison de nous contacter. Que vous dit-on, par exemple ?

**CFAR : 02H43**. on m'a dit qu'avec vous, je pourrais parler ...; là, c'est trop grave !.... J'ai honte... Faut que ça s'arrête ...

**Mme Martin, Psychologue.**  
**02H45** : Vous savez que tout est anonyme ici. Nous avons des spécialistes pour vous aider ...

Un accès aussi possible  
par chat login : **cfar**  
pwd : **cfar**

# Réseau Addiction AR



Bienvenue au CFAR !  
Collège Français des  
Anesthésistes Réanimateurs

Votre identifiant

Mot de passe

[Mot de passe oublié ?](#)

[Votre 1ere connexion ?](#)

OK

LE CFAR

FMC

EPP

ACCREDITATION

DPC

SMART / VIE PRO

INTERNES (D.E.S)

SMART

N° VERT

BIBLIOGRAPHIE

AUTO-TESTS

COMMUNICATION

LIVRET DES INTERNES

RÉSEAU ADDICTO

RÉFÉRENTIEL MÉTIER

Rechercher



ACCUEIL

ADHÉRER AU COLLÈGE

RECEVOIR LES INFOS

Votre Email



CONTACT

AGENDA FMC

LA LETTRE INFO

35

Carte interactive des régions Françaises métropolitaines  
Carte de France - Region



Lyon ARS-ARA Avril 2016

**en 2017 :**  
**un**  
**correspondant**  
**national unique !**  
( coord. communiquées  
et sur appel  
du N° VERT)





## Santé au Travail – SMART

> L'essentiel

> Auto-tests

> Réseau ADDICTO

> Documentation

> Référentiel Métier

Besoin d'être écouté(e) ?  
Composez le n° vert !

- + Ouvrage de référence
- + Dossier du magazine H
- + Fiches Pratiques à télécharger
- + Bibliographie indexée dans PubMed
- + Comment en parle t-on à l'étranger ?
- + Autres ressources documentaires
- + Sites Vidéos et Podcasts
- + Liens utiles

# Autotests en équipe : quels objectifs ?

- 1. Apporter de l'information à l'initiative des équipes elles-mêmes**
- 2. Réappropriation des problématiques liées à leur QVT**
- 3. Créer de l'échange, du débat là où il est insuffisant**
- 4. Favoriser la (re)construction**
  - Par chacun
  - Par l'équipe, l'encadrement
- 5. Sur des bases partagées**
  - Par le management
  - Par le médecin du travail

**Aller vers une démarche d'E-Learning +/- DPC RPS**

# Guidelines in anaesthesia: support or constraint?

- « the extraordinary and uncoordinated proliferation of guidelines in the NHS confuses staff, causes inefficiencies and delay, and is becoming a threat to patient safety »

➔ Une standardisation et une rationalisation sont nécessaires!!!

# Conclusion

- Sécurité au bloc opératoire : impératif individuel et collectif
- Exigence éthique, sociétale et économique
- Culture Qualité et Sécurité Partagée
- Gestion à priori, à posteriori
- De nombreux moyens et outils: prévention des conflits, santé au travail, accréditation ...

U



*Merci*  
*de votre*  
*Attention*