



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

REFERENTIEL

# Programme d'accréditation du CFAR

Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire – Programme D



8 février 2024

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Programme d'accréditation du CFAR</b> Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire – Programme D
<b>Méthode de travail</b>	
<b>Objectif(s)</b>	
<b>Cibles concernées</b>	
<b>Demandeur</b>	
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	
<b>Recherche documentaire</b>	
<b>Auteurs</b>	
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 8 février 2024
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – février 2024 – ISBN :

# Sommaire

---

<b>Enjeux de l'accréditation</b>	<b>4</b>
<b>1. Programme</b>	<b>5</b>
1.1. Programme d'accréditation individuel et en équipe	<b>Erreur ! Le signet n'est pas défini.</b>
<b>2. Situations à risque identifiées</b>	<b>15</b>
2.1. Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire	15
2.2. Erreur médicamenteuse	16
2.3. Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie	17
2.4. Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille	17
2.5. Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP	18
2.6. Défaillance de la communication et/ou de la coopération avec les autres professionnels de santé	19
2.7. Défaillance du dossier informatisé	19
2.8. Anesthésie loco-régionale	20
2.9. Défaillance dans la détection précoce du sepsis post-opératoire	20
2.10. Arrêt cardiaque au bloc opératoire	21
2.11. Arrêt cardiaque intra-hospitalier	22
2.12. Effet tunnel	23
2.13. Défaillance de la téléconsultation	24
<b>Table des annexes</b>	<b>26</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>169</b>
<b>Participants</b>	<b>170</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>171</b>

# Enjeux de l'accréditation

Améliorer le travail en équipe

Améliorer la qualité des pratiques

Améliorer la sécurité des patients

Garantir le maintien des compétences

Développer la culture sécurité au niveau des équipes à l'échelle individuelle

L'accréditation est un programme dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité des patients. Elle participe au développement de la culture sécurité au sein des établissements de santé.

Ce programme est proposé par discipline par des organismes agréés d'accréditation (OA)<sup>1</sup>, avec le soutien logistique et l'encadrement administratif de la HAS.

Initialement, le programme était centré sur une démarche volontaire de gestion des risques visant à réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et limiter leurs conséquences au bénéfice de la sécurité du patient. Ce programme, qui existe depuis plus de 15 ans, a rencontré un vif succès essentiellement auprès des chirurgiens et médecins anesthésistes-réanimateurs libéraux. Dans cette période de développement, l'accréditation était majoritairement réalisée de manière individuelle.

L'évolution actuelle se fait vers l'accréditation en équipe et dans les secteurs salariés et hospitalo-universitaires, en particulier suite à la mise en œuvre d'un nouveau mode de financement des OA. L'accréditation permet aujourd'hui de réaliser son obligation de DPC, est un critère dans la certification des établissements de santé et contribue à la certification périodique des professionnels de santé.

## VADEMECUM DE L'ACCREDITATION

- L'accréditation est un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité conçu et proposé par des pairs et encadré par une autorité indépendante, la HAS.
- L'accréditation n'est pas un programme d'essence administrative, même si sa traçabilité est rigoureuse sur un support d'information administré par la HAS : le SIAM.
- Il existe deux modèles : l'accréditation individuelle et l'accréditation en équipe.
- L'accréditation, notamment dans son mode équipe, est de nature à être intégrée au travail en routine (amélioration de la communication, actualisation des connaissances et des protocoles, évaluation et amélioration des pratiques, analyse par l'équipe des événements indésirables, identification des situations à risques...).
- L'accréditation ne concerne pas uniquement le secteur privé, bien au contraire, la HAS souhaite voir ce programme s'implanter massivement à l'hôpital notamment dans les CHU, afin que les professionnels apprennent lors de leur cursus de formation, à travailler de manière concertée, protocolée et évaluée.
- L'accréditation ne concerne pas uniquement les médecins : dans sa version équipe, sa mise en œuvre sur le terrain est par définition pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. C'est sa validation qui est individuelle, car délivrée nominalement aux médecins. Les autres professionnels contribuant à l'accréditation sont valorisés dans une attestation d'accréditation en équipe.

<sup>1</sup> La démarche d'accréditation concerne pour le moment les médecins et les équipes médicales exerçant une spécialité ou une activité dite « à risques » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles (exemple : gastro-entérologie, cardiologie ou radiologie).

# 1. Programme d'accréditation individuel et en équipe

Selon les spécificités de votre exercice, vous pouvez vous y engager de manière individuelle ou en équipe. C'est cette dernière modalité qui est recommandée par la HAS et l'OA CFAR pour tous les modes d'exercice : en établissements de santé publics et hospitalo-universitaires, ESPIC, MCO et militaire.

Le programme d'accréditation proposé par l'OA CFAR est identique que le médecin choisisse de le faire en individuel ou en équipe.

Dans les deux cas, vous pourrez réaliser votre programme de manière mono disciplinaire ou pluridisciplinaire, voire multi-professionnelle.

Le programme est réalisé de manière continue, intégré à la routine au quotidien et répond à une logique d'ancrage dans l'établissement. Il permet d'objectiver (de « valoriser ») toutes les démarches Qualité-Sécurité que les médecins ou les équipes font déjà au quotidien.

Ce programme contribue au maintien des compétences et au développement d'une « culture sécurité » au sein des équipes, c'est-à-dire visant à favoriser par tous moyens, les modes de pensée, de travail et d'interaction en vue d'améliorer continuellement la qualité des soins et la sécurité des patients, et la qualité de vie au travail.

Dans le cadre du programme d'accréditation des médecins et des équipes médicales, les professionnels doivent réaliser des activités dans 5 domaines :

1. sécurité du patient : déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Ces EIAS sont analysés localement, en lien avec l'établissement de santé, et idéalement en RMM. Il est également attendu que les médecins et équipes détectent des situations à risques dans leurs pratiques et mettent en place des protocoles pour prévenir, récupérer ou atténuer d'éventuels EIAS survenus dans ces circonstances pré-identifiées ;
2. amélioration des pratiques : toute activité cognitive classique (congrès, activités de DPC, formations, listes de recommandations proposées par l'OA et les sociétés savantes de la discipline...) et toute activité d'évaluation/amélioration des pratiques (pertinence, protocolisation de l'activité selon les recommandations, audits, suivi d'indicateurs, registres, RCP, EPP, recherche clinique, publications...)
3. amélioration de la relation patient: toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats en termes d'amélioration de la relation avec le patient et de sa satisfaction, composantes fondamentales de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
4. santé du professionnel : toute activité permettant de préserver la santé des professionnels, élément constituant de la qualité des soins et de la capacité à mettre en œuvre une relation thérapeutique de qualité.
5. travail en équipe : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats de l'équipe en termes de concertation, collaboration, communication avec par exemple l'élaboration de protocoles communs ou la mise en œuvre de la check-list ;

Le programme d'accréditation en individuel ou en équipe comporte plusieurs actions à valider annuellement :

1- Prérequis obligatoires :

- ➔ déclaration et analyse d'un EIAS par an en individuel et d'un nombre d'EIAS variant en fonction du nombre de médecins dans l'équipe. (**1 EIAS/membre jusqu'à 6 membres ; 1 EIAS/membre-1 jusqu'à 10 membres ; 10 EIAS pour les équipes >10 membres**). Ces EIAS doivent de préférence être analysés de manière rétrospective et collective au sein de réunions de morbi-mortalité (RMM) ou de réunions apparentées (CREX, REMED, etc.). Ils peuvent être choisis par vous ou ciblés sur un sujet d'étude privilégié par votre OA.
- ➔ participation aux RMM (ou réunions apparentées CREX, REMED...) collectives monodisciplinaires, pluridisciplinaires et /ou multiprofessionnelles réalisées dans l'établissement
- ➔ participation, adaptation et évaluation de la réalisation de la *check-list* sécurité patient au bloc opératoire ou secteur interventionnel ou autre *check-list* professionnelle
- ➔ participation des anesthésistes à des sessions labellisées gestion des risques par le CFAR (4 demies journées soit 12h sur 4 ans), participation des réanimateurs à des sessions de gestion des risques en réanimation

2- Le médecin, ou chaque membre de l'équipe, doit réaliser au moins une autre action de son choix dans chacun des 5 piliers. Cette action peut être réalisée de façon ponctuelle sur une année ou continue sur plusieurs années (conception, mise en œuvre, évaluation, correction, etc.).

Le CFAR encourage les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et médecins réanimateurs (MIR) à s'engager dans la démarche d'accréditation en équipe monodisciplinaire correspondant mieux au fonctionnement actuel de la spécialité d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire et de médecine intensive réanimation.

Le programme est destiné à tous les MAR travaillant au bloc opératoire, en SSPI, en réanimation, en soins critiques, USC... et aux MIR.

Cette équipe de MAR ou MIR ou mixte de MAR et MIR pourra aussi valoriser en pluridisciplinaire tout ce qui sera réalisé avec des médecins/chirurgiens/interventionnels d'une ou plusieurs autres spécialités.

L'expert proposé par le CFAR pour accompagner le médecin ou l'équipe, évaluera chaque année le programme d'amélioration de la qualité des pratiques et de la sécurité des patients réalisé.

Le programme, qu'il soit mono ou pluridisciplinaire, pourra être déterminé a priori mais aussi a posteriori lors de l'évaluation annuelle de l'expert avec le référent. Le choix du programme pourra être fait en cours d'année dans un catalogue très diversifié en fonction de spécificités et pratiques du médecin ou des membres de l'équipe, voire de problématiques émergentes ou des avancées de la discipline. De même, seront prises en compte toutes les démarches qualité/sécurité réalisées par les professionnels dans leur service, leur bloc, leur unité de soin critique, leur unité de consultation, leur établissement, voire au sein de leurs sociétés savantes ou organisations professionnelles, ainsi bien sûr que dans le cadre de leurs travaux éventuels de recherche.

Lors du bilan annuel et/ou d'accréditation l'expert du CFAR analysera avec le médecin ou le référent de l'équipe, les activités réalisées par les collègues, dans le programme qui est composé de 4 prére-

quis et de 5 dimensions génériques : amélioration de la qualité des pratiques et formation/compétences, amélioration de la sécurité des patients, relation avec le patient, santé personnelle, amélioration du travail en équipe. Les éléments constitutifs ainsi recueillis lui permettront de valider le bilan individuel ou d'équipe selon différentes modalités :

- en individuel : réalisation des prérequis et d'une action dans chaque pilier avec recherche d'actions pluridisciplinaires et/ou multiprofessionnelles
- en **monodisciplinaire**, devant la constatation d'un engagement explicite du médecin ou de l'équipe et de ses membres dans les pré requis et les 5 piliers précités du programme, correspondant au cœur de métier des MAR et des MIR, quel que soit son mode d'exercice et toutes les particularités seront prises en compte.
- en **pluridisciplinaire** en apportant des éléments de preuve d'un travail collectif avec une ou plusieurs autres disciplines avec qui le médecin ou l'équipe travaille au quotidien et ce à travers une ou plusieurs des 5 dimensions : pratiques professionnelles, sécurité des patients, relation patient, santé personnelle, travail en équipe.
- en **pluriprofessionnel**, la démarche en équipe monodisciplinaire ou pluridisciplinaire étant par essence dans la routine pluriprofessionnelle (IADE, IDE réa, IDE SSPI-soins critiques, pharmacien...).

L'expert lors de son entretien avec le médecin ou le référent de l'équipe évaluera non seulement la valence mono ou pluridisciplinaire mais aussi la participation pluriprofessionnelle aux activités du programme d'accréditation. Bien que celle-ci ne puisse être délivrée réglementairement aux paramédicaux, ces derniers sont des rouages importants et indispensables au quotidien, et ils recevront une reconnaissance par la HAS sous forme d'une attestation de collaboration à cette démarche collective.

D'une année sur l'autre, le binôme suivra la progression de la réalisation des objectifs dans les 5 dimensions/piliers du programme et aussi de participation du médecin ou des membres de l'équipe.

Les actions réalisées dans ce programme d'accréditation des anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs sont prises en compte pour respecter les obligations de la Certification Périodique des Professionnels de Santé dans les blocs : 1 actualiser les connaissances et compétences, 2 renforcer la qualité des pratiques professionnelles, 3 améliorer la relation avec les patients, 4 mieux prendre en compte sa santé personnelle.

Tableau 1 - Programme d'accréditation

Dimension d'amélioration	Action	Dans le SIAM individuel
Travail en Equipe	<p><b>Réalisation de l'activité « check-list » et d'au moins une autre activité au choix</b></p> <p>L'évaluation de cette dimension concernant les facteurs non techniques, pourra faire appel à la cellule qualité de l'établissement qui valorisera pour son compte, ces évaluations dans le cadre de la procédure de Certification</p>	
	<p><b>Activités cognitives et organisationnelles</b></p>	
	<p><b>Staff</b> multiprofessionnel de programmation opératoire, dossier difficile, etc.</p> <p>Staff de service (revue de patient, réunion d'unité...)</p>	Activité
	<p>Actions de <b>formation</b> sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels, proposées en présentiel ou en ligne : DPC, congrès (validé par le CNP), formation universitaire diplômante, activité d'enseignement</p>	Activité
	<p>Participation à l'<b>élaboration de recommandations professionnelles</b> sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels</p>	Activité
	<p>Participation à un <b>programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle</b> sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a></p>	Activité
	<p>CRM santé</p>	Activité
	<p>Activité de <b>recherche clinique</b>, publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels</p>	Activité
	<p>Prévention et gestion des conflits : « 1 patient 1 équipe »</p>	Activité
	<p><b>Recommandations et protocolisation d'activités</b></p>	
	<p><b>Protocolisation des prises en charge interdisciplinaires ou pluriprofessionnelle</b> (gestion des anti-coagulants, antibio-prophylaxie...) pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques dans le travail au quotidien (élaboration, utilisation, évaluation...)</p>	Recommandation
	<p>Mise en œuvre et évaluation de la <b>SSP « Coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens »</b>, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier patient complet et accessible</li> <li>- Consultations pré-opératoires chirurgicale ET anesthésique avec une communication des informations nécessaires</li> <li>- Opérabilité évaluée par le chirurgien et l'anesthésistes</li> <li>- Programmation opératoire (et modifications) conjointe</li> <li>- Check-list en présence de l'anesthésiste et du chirurgien</li> <li>- Protocoles de prise en charge des patients consensuels (traitements personnels, douleur, antibioprofylaxie, anti-coagulants, surveillance post-opératoire, organisation de la sortie, etc.), le rôle de chacun est connu</li> <li>- Charte de fonctionnement et d'organisation interne</li> </ul> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220</a></p>	Recommandation
	<p>Mise en œuvre concertée et évaluée de la <b>RAAC</b></p>	Activité

	<a href="http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf">www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf</a>	
	Analyse et décision cliniques concertées en <b>RCP</b> (Heart Team, périnéatologie, infectiologie orthopédique...)	Activité
	<b>Evaluation des pratiques</b>	
	<b>Utilisation, évaluation, adaptation de la <i>check-list</i> « sécurité du patient au bloc opératoire » ou en réanimation et de toute autre <i>check-list</i> utile (circulation extra-corporelle) - OBLIGATOIRE</b>  <a href="http://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient">www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient</a>  <a href="http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utilisation_de_la_check-list.pdf">www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utilisation_de_la_check-list.pdf</a>	Recommandation
	Actions d' <b>évaluation des pratiques professionnelles du travail en équipe</b> réalisées en établissement (audit, suivi d'indicateurs, patient traceurs...)	Activité
	<b>Identification de situations à risques en équipe</b> propres à l'établissement et protocolisation concertée en interdisciplinaire de barrières de prévention, récupération ou atténuation	Activité
	Enquête culture sécurité	Activité
	Autre action d'amélioration du travail en équipe	Activité
<b>Pratiques Professionnelles</b>	<b>Réalisation pour chaque membre de l'équipe d'une formation « gestion des risques » (12h sur 4 ans) et d'au moins une autre activité au choix</b>  Les membres de l'équipe se répartissent la participation aux congrès, formations, et aux réunions ainsi que la rédaction des protocoles, éventuellement avec le soutien de la cellule qualité de l'établissement.  NB : Les équipes nombreuses seront amenées à présenter plusieurs activités.	
	<b>Activités cognitives et organisationnelles</b>	
	Participation à des actions de <b>formation labellisées gestion des risques</b> (Qualiopi) - obligatoire (12h sur 4 ans)	Activité
	Actions de <b>formation en anesthésie réanimation et médecine périopératoire ou médecine intensive réanimation</b> , proposées en présentiel ou en ligne, avec retour auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"><li>- DPC</li><li>- Congrès national (SFAR, SRLF) ou international</li><li>- formation régionale validée par le CNP</li><li>- formation universitaire de la spécialité diplômante ou certifiante</li><li>- activité d'enseignement institutionnel</li><li>- Maîtrise de stage universitaire</li></ul>	Activité
	Participation à <b>l'élaboration de recommandations professionnelles</b> (institution, société savante)  Travaux <b>d'expertise institutionnelle</b> (sociétés savantes, CNP, HAS, ANSM, autres agences intervenant dans le domaine de la santé)	Activité

	Participation à un <b>programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle</b> sur des thématiques de la spécialité <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a>	Activité
	Activité de <b>recherche clinique</b> , publication d'articles, communications scientifiques, participation effective au comité éditorial de revues scientifiques	Activité
	<b>Recommandations et protocolisations d'activité</b>	
	<b>Protocolisation et/ou évaluation des prises en charge</b> de la spécialité, pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques dans le travail au quotidien (élaboration, utilisation, évaluation...) – Recommandations de la SFAR : <a href="https://sfar.org/recommandations/">https://sfar.org/recommandations/</a> – Recommandations de la SRLF : <a href="https://www.srlf.org/recherche?search_api_fulltext=&amp;f%5B0%5D=categorie%3A57&amp;f%5B1%5D=categorie%3A57">https://www.srlf.org/recherche?search_api_fulltext=&amp;f%5B0%5D=categorie%3A57&amp;f%5B1%5D=categorie%3A57</a> – Recommandations de la HAS : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=recommandation&amp;tmpParam=&amp;opSearch=">https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=recommandation&amp;tmpParam=&amp;opSearch=</a> et <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=ssp&amp;tmpParam=&amp;opSearch=">https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=ssp&amp;tmpParam=&amp;opSearch=</a>	Recommandation
	Participation aux <b>instances opérationnelles de l'établissement (CLIN, CLUD, CLAN, CQSS, CME...)</b> permettant l'élaboration et le suivi de protocoles spécifiques	Activité
	Participation à la vie de l'ARMPO ou de réanimation : instances dirigeantes, commissions, groupe de travail CFAR, SFAR, CNP-ARMPO et aux travaux HAS	Activité
	<b>Evaluation des pratiques</b>	
	Actions <b>d'évaluation des pratiques professionnelles</b> de la discipline : audit, analyse des pratiques, patient traceurs, suivi d'indicateurs...	Activité
	Participation régulière à un <b>registre de pratiques</b>	Activité
	Autre action d'amélioration des pratiques professionnelles	Activité
<b>Sécurité des patients</b>	<b>Chaque membre de l'équipe doit participer aux RMM, déclarer un EIAS (nombre d'EIAS réduit pour les équipes de plus de 6 médecins). L'équipe doit réaliser au moins une autre action au choix.</b>	
	<b>Activités cognitives et organisationnelles</b>	
	<b>Formation des experts des organismes agréés d'accréditation</b> par la HAS	Activité
	Participation à un <b>programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle</b> sur des thématiques de la spécialité <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a>	Activité
	Participation à l'élaboration de <b>recommandations professionnelles</b> (institution, société savante) spécifique à la thématique gestion des risques	Activité

	Activité de <b>recherche clinique</b> , publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique gestion des risques de la discipline	Activité
	Parcours thématique au congrès SFAR	Activité
	<b>Recommandations et protocolisation d'activités</b>	
	Protocolisation d'une <b>situation à risques ou d'un protocole médical d'établissement validé par la CME</b> et évaluation	Activité
	Mise en œuvre et/ou évaluation d'une <b>solution pour la sécurité du patient</b> <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#toc_1_3_1">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#toc_1_3_1</a>	Activité
	<b>Evaluation des pratiques</b>	
	<b>Déclaration et analyse d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) par médecin - OBLIGATOIRE</b> Pour les équipes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 EIAS/membre jusqu'à 6 membres</li> <li>– 1 EIAS/membre-1 jusqu'à 10 membres</li> <li>– 10 EIAS pour les équipes &gt;10 membres</li> </ul>	Activité
	<b>RMM, CREX, REMED</b> réalisées en établissement ou organisées dans le cadre de programmes intégrés de DPC proposés par l'OA – <b>OBLIGATOIRE</b> Mise en œuvre d'un <b>plan d'amélioration</b> avec évaluation des actions décidées <a href="http://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm">www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm</a>	Activité
	Actions <b>d'analyse de pratiques en matière de gestion des risques</b> proposés par des OA ou réalisées en établissements <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identification de situations à risques dans leurs pratiques et élaboration de protocoles de prévention, récupération et atténuation de ces éventuels EIAS survenus dans ces circonstances pré-identifiées</li> <li>– Suivi d'indicateurs de qualité et sécurité des soins</li> </ul>	Activité
	Autre action d'amélioration de la sécurité des patients	Activité
Santé du professionnel	<b>Réalisation d'au moins une action au choix</b>	
	<b>Activités cognitives et organisationnelles</b>	
	Actions de <b>formation sur le thème de la santé personnelle</b> du médecin, e-learning, DIU « Soigner les soignants » <a href="http://diu-soignerlessoignants.fr">DIU Soigner les soignants (diu-soignerlessoignants.fr)</a>	Activité
	Activités de <b>recherche clinique, publication d'articles</b> sur la thématique « santé du professionnel »	Activité
	<b>Recommandation et protocolisation d'activités</b>	
	<b>Programme de prévention en santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Respect du calendrier vaccinal</li> <li>– Suivi des recommandations générales de dépistage selon son âge et son sexe</li> <li>– Prévention et gestion des risques psycho-sociaux</li> </ul>	Activité

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en compte d’actions en santé environnementale ou nutritionnelle et d’activités physiques et sportives</li> </ul>	
	<p><b>Repérage de situations à risque critiques pour le patient et pour le professionnel</b> de santé et actions à mener urgemment : comment les identifier, comment les prévenir, comment les prendre en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Syndrome d’épuisement professionnel (Burnout, stress professionnel)</li> <li>– <a href="https://www.rps-tests.fr">SMART TESTS INDIVIDUELS burnout (rps-tests.fr)</a></li> <li>– Syndrome dépressif</li> <li>– Risque suicidaire</li> <li>– Addictions</li> </ul>	Activité
	<p>Programme de prévention <b>de risques spécifiques selon les disciplines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque musculosquelettique</li> <li>– Exposition aux gaz anesthésiques</li> <li>– Bruits et nuisances sonores au bloc</li> <li>– Pollution par les fumées liées à l’utilisation des bistouris électriques</li> <li>– Radioprotection</li> <li>– RPP SFAR : Réduction de l’impact environnemental de l’anesthésie générale</li> </ul>	Activité
	<b>Evaluation des pratiques</b>	
	<p><b>Auto-évaluation de son état de santé</b> et son suivi, avec propositions de programmes de suivi ou de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Auto-questionnaire HAS/OA « Etat de santé »</li> <li>➔ Association MOTS ou autre</li> </ul> <p><a href="https://www.association-mots.org">Nos coopérations - Association Mots (association-mots.org)</a></p>	Activité
	<p><b>Réalisation en individuel d’autotests</b> CFAR et identification de points de difficultés</p> <p><b>Réalisation en équipes accréditées des autotests</b> du CFAR, et mise en œuvre d’actions d’amélioration en cas de difficulté ou de souffrance d’un membre de l’équipe</p> <p><a href="#">Auto-tests - La SFAR</a></p> <p><a href="https://www.rps-tests.fr">Inscription SMART (rps-tests.fr)</a></p>	Activité
	<p>Autre action d’amélioration de la santé du professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Participation aux journées « gestion du stress »</li> <li>– Formation softskills</li> <li>– Exemple : Campagne « Dis doc, t’as ton doc ? »</li> <li>– <a href="#">Dis doc, t’as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)</a></li> </ul>	Activité
Relation avec le patient	<b>Réalisation d’au moins une action au choix</b>	
	<b>Activités cognitives et organisationnelles</b>	
	<p><b>Actions de formation sur le thème de la relation patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Délivrance de l’information à la personne sur son état de santé</li> </ul>	Activité

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations - delivrance de linformation a la personne sur son etat de sante.pdf</a></li> <li>- Dispositif d'annonce du diagnostic d'un cancer. (INCA)</li> <li>- Dispositif d'annonce - Parcours de soins des patients (e-cancer.fr)</li> <li>- Annonce d'un dommage associé aux soins</li> <li>- <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins">https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins</a></li> <li>- Annonce d'une mauvaise nouvelle</li> <li>- <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle">https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle</a>.</li> <li>- Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique Haute Autorité de Santé - Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique (has-sante.fr)</li> <li>- L'outil « Faire dire – Communiquer avec son patient »</li> <li>- <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334</a></li> </ul>	
	Participation à un <b>programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle</b> sur la relation avec le patient <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a>	Activité
	Activités de <b>recherche clinique, publication d'articles</b> sur la thématique « Relations avec les patients »	Activité
	Programmes visant à améliorer l' <b>accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap</b> <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi">Haute Autorité de Santé - Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap (has-sante.fr)</a>	Activité
	Implication dans la gestion et formation d' <b>association de patients</b>	Activité
<b>Recommandations et protocolisation d'activités</b>		
	Conception, utilisation et suivi de <b>fiches d'information et de recueil du consentement des patients</b> Conception et participation à la mise en place de programmes associant des patients de <b>décision médicale partagée</b> (consentement éclairé, balance bénéfices risques) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble</a> <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf</a>	Activité
	Conception et participation à la mise en place de <b>programmes de soins associant des patients - éducation thérapeutique</b> <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf</a> <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi</a>	Activité
	Participation à un <b>dispositif d'annonce</b> - Dommage associé aux soins	Activité

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise nouvelle</li> <li>- Diagnostic d'un cancer</li> <li>- Maladie chronique</li> </ul>	
	<p>Elaboration ou participation à des <b>programmes encadrés d'E-santé</b></p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf</a></p>	Activité
	<b>Evaluation des pratiques</b>	
	<p><b>Recueillir et analyser le récit du patient dans la survenue d'un EIAS</b></p> <p><a href="#">Haute Autorité de Santé - L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi (has-sante.fr)</a></p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/fiche_information_patients.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/fiche_information_patients.pdf</a></p> <p><a href="#">Haute Autorité de Santé - Revue de mortalité et de morbidité (RMM) (has-sante.fr)</a></p>	Activité
	<p>Programmes d'<b>EPP</b> associant les patients - <b>Patients traceurs</b></p> <p><a href="#">Haute Autorité de Santé - Patient traceur (has-sante.fr)</a></p> <p>Participation à une <b>action spécifique d'EPP en équipe accréditée sur la base des retours d'indicateurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E-Satis</li> <li>- <a href="#">Haute Autorité de Santé - IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (has-sante.fr)</a></li> <li>- <a href="http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/flyer_e-satis_versionsalon_pro_vf_120122.pdf">www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/flyer_e-satis_versionsalon_pro_vf_120122.pdf</a></li> <li>- PREMS PROMS</li> <li>- <a href="#">Haute Autorité de Santé - Aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante (has-sante.fr)</a></li> </ul>	Activité
	Participation aux <b>registres</b> de pratiques intégrant un recueil de données patients	Activité
	Analyse des <b>modalités de délivrance de l'information</b> aux patients (information, consentement, documents SFAR, autorisation mineur ou protection juridique...)	Activité
	Autre action d'amélioration de la relation avec le patient	Activité

## 2. Situations à risque identifiées

Les EIAS peuvent être déclarés sur une situation à risques ciblée par le CFAR ou sur un autre sujet non ciblé.

Tableau 2 : Liste des situations à risque

Situation à risque	Questionnaire d'analyse approfondie
Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire	Non
Erreur médicamenteuse	Non
Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie	Non
Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille	Non
Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP	Non
Défaillance de la communication et/ ou de la coopération avec les autres professionnels de santé	Non
Défaillance du dossier informatisé	Non
Anesthésie loco-régionale	Non
Défaillance dans la détection précoce du sepsis postopératoire	Non
Effet tunnel	Non
Arrêt cardiaque au bloc opératoire	Oui
Arrêt cardiaque intra-hospitalier	Oui
Défaillance de la téléconsultation	Non

### 2.1. Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire

Le retard transfusionnel est une situation redoutée en anesthésie-réanimation en raison des risques de morbidité et de mortalité qu'il est susceptible d'entraîner. Il implique la définition des modalités de délivrance et de transfusion pour l'établissement ainsi que des stratégies d'épargne sanguine

La fréquence de cette situation à risque reste importante, il est nécessaire de promouvoir les recommandations de 2014 sur ce sujet et d'en améliorer l'appropriation.

L'enquête SFAR Inserm sur la mortalité, a démontré que 100 décès surviennent chaque année sur l'ensemble de la prise en charge, en relation avec un retard ou une absence de transfusion. (Anesthesiology 12 2006, Vol 105, 1087-1097).

Des études récentes ont montré que l'anémie préopératoire et/ou la carence martiale sont associées à une augmentation significative de l'incidence des complications postopératoires, de la mortalité des durées moyennes de séjour hospitalier et des transfusions. Ces données sont à l'origine du concept de patient blood management (PBM)

Le PBM repose sur trois piliers :

- L'optimisation de la masse sanguine
- La minimisation des pertes sanguine

- L'optimisation de la tolérance du patient à l'anémie

La maîtrise du risque lié au retard transfusionnel se base entre autres sur :

- Une reconnaissance précoce de l'anémie (Hémoglobinomètre)
- La mise en place d'un protocole de prévention du retard transfusionnel (surveillance, circuit d'acheminement des PSL, etc.) au sein de chaque bloc opératoire
- La définition d'une stratégie d'épargne sanguine type PBM en conformité avec les recommandations de la HAS : gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire et en obstétrique ([www.has-sante.fr/jcms/p\\_3193968/fr/gestion-du-capital-sanguin-en-pre-per-et-post-operatoire-et-en-obstetrique](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3193968/fr/gestion-du-capital-sanguin-en-pre-per-et-post-operatoire-et-en-obstetrique))

Cette SAR a été créée en 2008 et mise à jour en 2022. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 4% des déclarations d'EIAS (44/978) de l'année 2022.

## 2.2. Erreur médicamenteuse

Les erreurs médicamenteuses représentent la cause d'erreur la plus fréquente associée aux soins. Ceci est particulièrement vrai en anesthésie réanimation en raison des problèmes liés à la conciliation médicamenteuse et du nombre de médicaments auxquels sera exposé le patient durant la période péri-opératoire. L'analyse de la littérature a montré qu'une large proportion de ces erreurs était évitable.

Des chercheurs se sont intéressés au contenu des bases recensant les erreurs médicamenteuses et les accidents thérapeutiques, notamment en Australie et aux USA. Ils en ont extrait les données ayant pour origine l'outil informatique et son emploi. A la lecture de ces données, on découvre que l'outil informatique lui-même ou bien son emploi défectueux est à l'origine de décès.

Le CFAR développe, en collaboration avec la SFPC, l'utilisation de la méthode REMED (revue des erreurs médicamenteuses) comme outil d'analyse des EIAS liés aux médicaments. Cet outil est reconnu par la HAS comme méthode d'EPP « fille » de la RMM dont l'utilisation devrait permettre le développement d'une politique systématique de réduction du nombre de ces EIAS.

Barrières pour limiter la survenue de l'erreur d'administration d'un médicament :

- Etiquetage des seringues
- Reconnaissance de voie d'abord
- Rédaction de protocoles
- Incitation des équipes à utiliser la méthode REMED en cas de survenue d'un événement indésirable en rapport avec un médicament
- Amélioration de l'ergonomie des logiciels de prescription

Cette SAR a été créée en 2008 et mise en jour en 2017 suite à l'inclusion de la dimension informatique de la situation à risques. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 15% des déclarations d'EIAS (149/978) de l'année 2022.

## 2.3. Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie

Cette situation à risque présente une criticité élevée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité élevée pour le patient.

La survenue d'une difficulté d'intubation et/ou de ventilation au masque est toujours l'objet de nombreuses déclarations, elle est reconnue comme une cause importante de morbi-mortalité en anesthésie-réanimation.

La survenue de ces difficultés d'accès non prévues peut être réduite par la recherche systématique des facteurs de risque d'intubation et de ventilation en consultation d'anesthésie.

L'utilisation des systèmes de vidéo laryngoscopies a permis de réduire le risque d'intubation impossible sans pour autant le supprimer ; il est donc important d'évaluer la fréquence de survenue des difficultés d'intubation persistantes malgré l'utilisation de ce dispositif ainsi que les techniques utilisées pour pallier à cette situation. D'autre part la recommandation de la SFAR publiée en 2017 identifie des contre-indications à l'emploi du vidéo laryngoscope :

- Ouverture de bouche < 2,5 cm
- Un rachis cervical fixé en flexion
- Tumeur des voies aérodigestives supérieures avec stridor.

La mise en œuvre de l'algorithme de gestion des voies aériennes en cas d'intubation difficile non prévue constitue une barrière d'atténuation ou de récupération importante.

L'analyse de ce type d'EIAS doit permettre de favoriser la mise en œuvre des recommandations de la SFAR et constitue toujours un objectif prioritaire dans la politique de gestion des risques de la spécialité d'anesthésie-réanimation.

Les facteurs clés de sécurité reposent sur :

- ➔ Une bonne évaluation des conditions d'accès aux voies aériennes supérieures (Cf IPAQSS – DAN),
- ➔ Une bonne connaissance des algorithmes et des techniques de prise en charge,
- ➔ La mise à disposition du matériel spécifique et d'un renfort potentiel.

Cette SAR a été créée en 2008 mais malgré les progrès réalisés depuis cette période elle reste pertinente dans le cadre de la gestion des risques de la spécialité. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 7% des déclarations d'EIAS (69/978) de l'année 2022.

## 2.4. Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille

La survenue d'un conflit entre un patient (ou sa famille) et un médecin est cause de nombreux problèmes : les conséquences peuvent être parfois dramatiques en modifiant négativement le processus de soins, en conduisant à une perte de confiance, en augmentant les coûts de santé et en exposant à un risque médico-judiciaire. On ajoutera que des conflits sérieux peuvent avoir des conséquences psychologiques à court, moyen ou long terme sur le praticien. Dans le cadre des erreurs thérapeutiques, il est aujourd'hui classique de dire que le médecin est la seconde victime. L'objectif de

cet EIAS est de favoriser la déclaration des conflits que peuvent rencontrer les anesthésistes-réanimateurs dans leur pratique quotidienne et par leur analyse de les aider à mieux comprendre les causes du conflit et à éviter la survenue de conflits ultérieurs. Il est également important de noter que les défauts d'informations quelque fois ressentis sont souvent mis en exergue lors des expertises.

Le conflit est défini comme toute expression d'un certain degré de mécontentement (intense et/ou répété) du patient/famille, en rapport avec la prise en charge du patient par le déclarant et qui expose à un risque psychologique ou physique pour le médecin.

L'EIAS se focalise essentiellement sur les caractéristiques du déclenchement du conflit.

Une information adaptée (précise, loyale, compréhensible et au bon moment) et un comportement à la fois professionnel et humain réduisent le risque d'occurrence d'un conflit avec le patient et/ou sa famille.

Cette situation à risque présente une criticité modérée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité peu importante pour le patient. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 4% des déclarations d'EIAS (40/978) de l'année 2022.

## 2.5. Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP

Cette SAR a été créée en 2011. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 8% des déclarations d'EIAS (64/838) de l'année 2020.

Les accidents hémorragiques se situent au premier plan des accidents iatrogènes.

Cette situation à risque présente une criticité élevée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité élevée pour le patient

### Prise en charge des patients sous anticoagulants

Plus de 1 % de la population française est traitée par anti-vitamines K (AVK). Or, ce traitement est à l'origine d'une iatrogénie importante (20 % des patients présentant des hémorragies cérébrales hospitalisés en neurochirurgie, 4 000 décès par an en France). Le maniement des AVK durant la phase péri-opératoire ou à l'occasion de la réalisation de gestes invasifs est difficile.

La mise sur le marché des anticoagulants oraux directs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) destinés à remplacer les AVK pour le traitement des patients ayant une FA ou un ETE expose aux mêmes difficultés exacerbées par le choix potentiel de médicaments ayant des propriétés pharmacologiques différentes, l'absence d'aide des tests d'hémostase usuels et l'absence d'antidotes.

### Prise en charge des patients sous antiagrégants plaquettaires

Les indications des AAP en prévention secondaire concernent un nombre croissant de patients. La mise sur le marché de médicaments plus efficaces (prasugrel, ticagrélor) sur la prévention de la thrombose artérielle mais responsables d'un potentiel hémorragique accru rend leur gestion péri-interventionnelle complexe. Cette problématique est particulièrement patente chez les patients porteurs de stents coronariens devant bénéficier d'un acte interventionnel.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Mise à jour des connaissances des professionnels
- ➔ Mise en place de relais appropriés

- ➔ Bonne gestion de l'amont AAP
- ➔ Mise à jour des algorithmes de décisions et de gestion

Cette SAR a été créée en 2011 mais conserve toute sa pertinence dans la mesure où de nouvelles recommandations ont été proposées par les sociétés scientifiques pour la gestion des AOD. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 8% des déclarations d'EIAS (81/978) de l'année 2022.

## 2.6. Défaillance de la communication et/ou de la coopération avec les autres professionnels de santé

Cette SAR a été créée en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 25% des déclarations d'EIAS (212/838) de l'année 2020.

La qualité de la communication et de la coopération entre les professionnels de santé représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient. La fluidité de la communication et la coopération entre l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient est essentielle pour limiter la survenue d'un défaut de préparation, de bilan ou de matériel disponible avant l'hospitalisation. La communication et la coopération permettent également d'éviter les annulations ou reports de dernière minute qui sont de possibles sources de stress pour le patient et l'équipe, d'aggravation du risque chirurgical, ou de perte de chance.

Il est nécessaire de formaliser la coopération entre les professionnels acteurs de la prise en charge. Les procédures et protocoles de prise en charge des patients font l'objet d'un consensus. Ils précisent, entre autres, le rôle de chacun pendant toute la durée de la prise en charge. Cf Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

Cette SAR a été créée en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 25% des déclarations d'EIAS (245/978) de l'année 2022.

C'est une situation à risques inter spécialité qui a fait l'objet d'une SSP.

## 2.7. Défaillance du dossier informatisé

L'introduction de nouvelles technologies (informatisation, automatisation) permettent de diminuer le nombre d'erreurs. Les risques sont donc réduits par rapport aux anciennes pratiques mais de nouveaux risques apparaissent, liés aux technologies elles-mêmes. Rendre les pratiques de soins dépendantes de l'informatique implique nécessairement de fiabiliser au maximum la continuité de fonctionnement de l'ensemble du système.

En mai 2010, la HAS dans son rapport préalable sur la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP), aborde déjà la notion de logiciovigilance comme une des précautions à l'implémentation d'une informatisation de production.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Amélioration de l'ergonomie des logiciels de prescription
- ➔ Amélioration des interfaces entre les différents logiciels utilisés (en particulier celui relatif à la consultation pré-anesthésique et celui relatif à la prescription médicamenteuse)

- ➔ Sensibilisation des médecins aux possibilités d'erreurs liées à la prescription informatique
- ➔ Diminution des erreurs sur les ordonnances de sortie

Cette SAR a été créée en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 4% des déclarations d'EIAS (39/978) de l'année 2022.

## 2.8. Anesthésie loco-régionale

Actuellement un nombre important d'actes sont réalisés sous anesthésie locorégionale. Ces techniques sont par ailleurs utilisées dans le cadre de l'analgésie et de la réhabilitation post-opératoire.

Cette notion de fréquence incite à rechercher les événements indésirables en lien avec cette pratique qui peut d'autre part être grevée de complications avec parfois un niveau de criticité élevé.

Parmi ces complications certaines ont également été constatées au travers des déclarations d'EIAS d'autres OA.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Diffusion des recommandations à mettre en œuvre lors d'une ALR
- ➔ SSP avec les spécialités chirurgicales lors de l'utilisation de l'ALR
- ➔ Rédaction d'une check-list spécifique pour la réalisation d'une ALR en salle de pré-induction
- ➔ Mise à disposition de l'affiche « STOP ALR » à apposer en salle d'induction
- ➔ Formation à la check-list des intervenants en salle de pré-induction

Cette SAR a été créée en 2022. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0% des déclarations d'EIAS (3/978) de l'année 2022.

## 2.9. Défaillance dans la détection précoce du sepsis post-opératoire

L'infection est une complication redoutée qui peut survenir après tout type de chirurgie.

Selon l'enquête iso-RAISIN 2018 le taux brut est de 1,64 % ; elle est au deuxième rang des infections associées aux soins. Près des 2/3 concernent des infections profondes ou d'organe et 49 % ont nécessité une reprise chirurgicale. La fréquence est corrélée au score NNIS.

Le dépistage précoce du sepsis est un élément déterminant pour le pronostic. Le sepsis correspond à une ou plusieurs dysfonctions d'organes menaçant le pronostic vital, engendrées par la réponse dérégulée de l'hôte à une infection.

Le choc septique est défini comme un sous-groupe de sepsis au cours duquel les perturbations circulatoires et cellulaires/métaboliques sont suffisamment profondes pour augmenter significativement le risque de mortalité.

Les dysfonctions d'organes sont évaluées objectivement par des critères cliniques et biologiques rassemblés dans le score SOFA, avec une valeur seuil retenue supérieure ou égale à 2. Il existe par ailleurs un score de SOFA simplifié ou quick-SOFA qui permet un screening des patients à risque de sepsis.

Parmi les EIAS déclarés sur cette thématique beaucoup concernent des retards de prise en charge du fait d'un retard de diagnostic ou de défauts de communication.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Rechercher les ISO dans la base REX
- ➔ Communication des résultats aux AR
- ➔ Réalisation de protocoles de prise en charge
- ➔ Diffusion du Quick-SOFA pour la surveillance post-opératoire

| Cette SAR a été créée en 2022.

## 2.10. Arrêt cardiaque au bloc opératoire

L'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des deux dernières décennies qui ont conduit à en faire un cadre nosologique spécifique et fondamentalement différent de l'arrêt cardiaque extrahospitalier. En effet, les patients, les circonstances de survenue, les diagnostics rattachés, la prise en charge immédiate, et le pronostic à court et moyen terme sont spécifiquement liés à la nature intra-hospitalière de l'arrêt cardiaque.

L'incidence de l'ACIH de survenue est de 5 / 1000 hospitalisations ou passages. Ce chiffre est variable (min : 1.6/1000 ; max : 10/1000) en fonction de l'activité principale de l'établissement (MCO, SSR, Hôpital Mère-Enfant par exemple), du mode de recrutement (Urgences ou hospitalisations programmées), du type d'unité étudiée (Réanimation, hospitalisation conventionnelle etc ...). Des variations existent également en fonction de la zone géographique du fait des différences dans le mode de déclaration et d'enregistrement des événements.

Le pronostic de l'ACIH est grevé d'une mortalité considérable. On distingue communément la survie immédiate (post-RCP), la survie Hospitalière, la survie à 30 jours ou 1 an, avec ou sans dégâts neurologiques (CPC score). Globalement, les ordres de grandeur sont de 50% de survie immédiate, 20-30% de survie hospitalière et 10-13% de survie à 1 an avec score CPC 1.

Il n'existe actuellement aucune donnée française. La situation épidémiologique française peut être approchée en transposant les données précédentes. Soit pour 12.500.000 hospitalisations (2018) annuelles et une incidence d'ACIH de 4 à 5/1000 admissions : 50 à 60.000 ACIH annuels et 40 à 50.000 décès annuels.

Les ACIH sont une pathologie sensible aux interventions destinées à en limiter la gravité. Les recommandations internationales préconisent un certain nombre d'interventions et de modifications organisationnelles afin de mieux prendre en charge les ACIH : numéro d'urgence unique, DAE dans toutes les zones de soins, formation continue des personnels (simulation) etc ... Une étude américaine montre que pour chaque progression de score composite de performance de 10%, la survie des ACIH augmente de 22%. La seule étude française disponible montre que à la suite de la mise en place 8 interventions ciblées sur 12 ans, la survie hospitalière est améliorée de 30%. De manière intéressante, il est démontré que la seule participation à un registre prospectif de déclaration des ACIH est un élément d'amélioration de la survie et est de ce fait la recommandation n°1 de l'ERC (2021). A l'échelle nationale ces données suggèrent donc que 3000 à 5000 décès annuels pourraient être évités.

Les arrêts cardiaques péri-opératoires (ACPO) représentent un sous-groupe particulier des ACIH. Un audit de prévalence des déclarations d'EIAS par le CFAR (non publié) montre un taux de déclaration de 3 à 4 ACPO / semaine avec une mortalité hospitalière d'environ 80%. Il apparaît donc absolument nécessaire de mettre en place et de diffuser des solutions de sécurité pour la prise en charge des ACPO et ACIH au sein des établissements de soins français.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Diagnostic précoce de l'ACPO et du rythme initial (monitorage)
- ➔ Existence d'une procédure d'alerte interne spécifique de l'AC au sein de chaque bloc opératoire
- ➔ Mise en œuvre immédiate des manœuvres de sauvetage de base (MCE + Défibrillation + Contrôle ventilatoire + injection d'Adrénaline IV)
- ➔ Existence d'une procédure de RCP avancée
- ➔ Existence d'une possibilité de transfert précoce en secteur de réanimation (interne ou en convention inter-hospitalière) pour suite de soins
- ➔ Existence d'un Comité des Urgences vitales intra-hospitalières

| Cette SAR a été créée en 2024.

## 2.11. Arrêt cardiaque intra-hospitalier

L'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des deux dernières décennies qui ont conduit à en faire un cadre nosologique spécifique et fondamentalement différent de l'arrêt cardiaque extrahospitalier. En effet, les patients, les circonstances de survenue, les diagnostics rattachés, la prise en charge immédiate, et le pronostic à court et moyen terme sont spécifiquement liés à la nature intra-hospitalière de l'arrêt cardiaque.

L'incidence de l'ACIH de survenue est de 5 / 1000 hospitalisations ou passages. Ce chiffre est variable (min : 1.6/1000 ; max : 10/1000) en fonction de l'activité principale de l'établissement (MCO, SSR, Hôpital Mère-Enfant par exemple), du mode de recrutement (Urgences ou hospitalisations programmées), du type d'unité étudiée (Réanimation, hospitalisation conventionnelle etc ...). Des variations existent également en fonction de la zone géographique du fait des différences dans le mode de déclaration et d'enregistrement des événements.

Le pronostic de l'ACIH est grevé d'une mortalité considérable. On distingue communément la survie immédiate (post-RCP), la survie Hospitalière, la survie à 30 jours ou 1 an, avec ou sans dégâts neurologiques (CPC score). Globalement, les ordres de grandeur sont de 50% de survie immédiate, 20-30% de survie hospitalière et 10-13% de survie à 1 an avec score CPC 1.

Il n'existe actuellement aucune donnée française. La situation épidémiologique française peut être approchée en transposant les données précédentes. Soit pour 12.500.000 hospitalisations (2018) annuelles et une incidence d'ACIH de 4 à 5/1000 admissions : 50 à 60.000 ACIH annuels et 40 à 50.000 décès annuels.

Les ACIH sont une pathologie sensible aux interventions destinées à en limiter la gravité. Les recommandations internationales préconisent un certain nombre d'interventions et de modifications organisationnelles afin de mieux prendre en charge les ACIH : numéro d'urgence unique, DAE dans toutes les zones de soins, formation continue des personnels (simulation) etc ... Une étude américaine montre que pour chaque progression de score composite de performance de 10%, la survie des ACIH augmente de 22%. La seule étude française disponible montre que à la suite de la mise en place 8 interventions ciblées sur 12 ans, la survie hospitalière est améliorée de 30%. De manière intéressante, il est démontré que la seule participation à un registre prospectif de déclaration des ACIH est un élément d'amélioration de la survie et est de ce fait la recommandation n°1 de l'ERC (2021). A l'échelle nationale ces données suggèrent donc que 3000 à 5000 décès annuels pourraient être évités.

Les arrêts cardiaques péri-opératoires (ACPO) représentent un sous-groupe particulier des ACIH. Un audit de prévalence des déclarations d'EIAS par le CFAR (non publié) montre un taux de déclaration de 3 à 4 ACPO / semaine avec une mortalité hospitalière d'environ 80%. Il apparaît donc absolument nécessaire de mettre en place et de diffuser des solutions de sécurité pour la prise en charge des ACPO et ACIH au sein des établissements de soins français.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Diagnostic précoce de l'ACPO et du rythme initial (monitorage)
- ➔ Existence d'une procédure d'alerte interne spécifique de l'AC au sein de chaque bloc opératoire
- ➔ Mise en œuvre immédiate des manœuvres de sauvetage de base (MCE + Défibrillation + Contrôle ventilatoire + injection d'Adrénaline IV)
- ➔ Existence d'une procédure de RCP avancée
- ➔ Existence d'une possibilité de transfert précoce en secteur de réanimation (interne ou en convention inter-hospitalière) pour suite de soins
- ➔ Existence d'un Comité des Urgences vitales intra-hospitalières

| Cette SAR a été créée en 2024.

## 2.12. Effet tunnel

L'effet tunnel (ou « tunnelisation » attentionnelle) est défini comme toute situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend, ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable associé aux soins (EIAS).

Cette fixation de l'attention entraîne une fermeture mentale aux autres possibilités avec disparition de tout esprit critique. Ce quasi-blocage n'est pas perçu par le praticien et peut apparaître, vu de l'extérieur, comme une obstination. La pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. Ainsi, par exemple, l'opérateur persiste à vouloir réaliser un geste sur un patient malgré les échecs répétés d'essais itératifs, alors que la situation clinique du patient se dégrade.

D'autres facteurs peuvent contribuer à cet effet tunnel : l'inexpérience, le manque de concentration, une charge de travail élevée, la fatigue, une trop grande confiance en soi, des conflits au sein de l'équipe...

L'analyse des EIAS et des résultats des enquêtes a montré qu'il est délicat de détecter et s'extraire d'un effet tunnel. Ainsi, il est préconisé, en cas de difficulté :

- d'exprimer à voix haute ses difficultés pour que l'équipe puisse intervenir au besoin, et inversement d'oser intervenir pour un collègue ;
- de ne pas hésiter à solliciter l'avis d'un confrère ;
- de prendre un temps de pause ou au moins de ralentir brièvement pour réfléchir.

Facteurs clés de sécurité :

- ➔ Diffusion de la SSP « L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? »
- ➔ Identification des biais cognitifs lors de l'analyse des EIAS
- ➔ Favoriser le travail en équipe et 'appel à l'aide

| Cette SAR a été créée en 2024.

## 2.13. Défaillance de la téléconsultation

La pandémie à COVID-19 aura permis une avancée spectaculaire pour le recours à la téléconsultation en autorisant son remboursement pour des patients n'ayant pas été préalablement vus dans l'année. Cette pratique est déjà validée par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation si elle revêt toutes les caractéristiques d'une consultation en cabinet, en dehors de l'examen physique.

L'OA CFAR souhaite définir une situation à risque liée à une éventuelle défaillance de la téléconsultation afin de pouvoir analyser d'éventuels nouveaux risques liés à cette modification des pratiques. Parmi les critères de qualité qui pourront à terme être analysés on pourrait retenir les éléments suivants :

- Taux de conversion en consultation présentielle
- Taux d'annulation ou de report de l'intervention lors de la VPA

Les points clés devant être respectés pour que la téléconsultation s'intègre dans une amélioration du parcours patient sont les suivants :

### 1. Information du patient

Le choix d'une téléconsultation ou d'une consultation présentielle doit être laissé au libre arbitre du patient. La téléconsultation doit rester une alternative apportant le même niveau de sécurité qu'une consultation présentielle. Une téléconsultation doit pouvoir être interrompue à la demande du praticien ou du patient et conduire à une convocation en présentiel.

### 2. Critères d'éligibilité

Chaque praticien ou service d'anesthésie doit définir ses propres critères d'éligibilité pour la téléconsultation.

### 3. Déroulement de la téléconsultation d'anesthésie

À l'instar de la consultation présentielle, la téléconsultation doit être réalisée au moins 48 heures avant une chirurgie électorale programmée.

- ➔ La téléconsultation optimisée (= vidéo consultation) doit être réalisée en visioconférence par l'intermédiaire d'une connexion sécurisant le transfert de données médicales (Respect du Règlement Général sur la Protection des Données).
- ➔ L'anesthésiste doit être dans des locaux permettant de respecter la confidentialité des échanges et donc la préservation du secret médical.
- ➔ Au démarrage de la téléconsultation :
  - Authentification du professionnel médical (article R. 6316-3 du CSP)
  - Identification du patient et de l'accompagnant si présent.
- ➔ Enregistrement du compte-rendu dans le dossier patient tenu par le professionnel médical : compte-rendu de la réalisation de l'acte, date et heure de l'acte. (article R. 6316-4 du CSP)

Le patient peut être assisté par un(e) Infirmier(e) diplômé(e) d'état conformément à l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019.

### 4. Période entre la consultation d'anesthésie et l'admission

Le patient doit pouvoir contacter le praticien ou le service d'anesthésie entre la consultation et la date d'admission.

### 5. Déroulement de l'admission du patient pré-opératoire

La visite pré-anesthésique devra veiller à la validation des critères d'évaluation physique relevés lors de la téléconsultation.

6. Évaluation de la pratique : critères de qualité

Taux de conversion en consultation présentielle

Taux d'annulation ou de report de l'intervention lors de la VPA

Ref :

*<https://sfar.org/teleconsultation-en-anesthesie-mode-demploi>*

*Outils pratiques du CAMR : <https://sfar.org/teleconsultation-danesthesie/>*

| Cette SAR a été créée en 2024.

# Table des annexes

---

Annexe 1.	Pré-requis	30
Annexe 2.	Questionnaire d'auto-évaluation à l'engagement	31
Annexe 3.	Questionnaire d'auto-évaluation à l'accréditation individuelle	32
Annexe 4.	Règles de création des équipes	35
Annexe 5.	Champs d'activités	37
Annexe 6.	SAR – Matrice de Farmer	38
Annexe 7.	SAR – Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire	39
Annexe 8.	SAR – Erreur médicamenteuse	43
Annexe 9.	SAR – Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille	47
Annexe 10.	SAR – Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP	50
Annexe 11.	SAR – Défaillance de la communication et/ou de la coopération avec les autres professionnels de santé	54
Annexe 12.	SAR – Défaillance du dossier informatisé	56
Annexe 13.	SAR – Anesthésie loco-régionale	58
Annexe 14.	SAR – Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie	62
Annexe 15.	SAR – Défaillance dans la détection précoce du sepsis postopératoire	66
Annexe 16.	SAR – Arrêt Cardiaque Intra-hospitalier (ACIH)	70
Annexe 17.	SAR – Arrêt Cardiaque Périopératoire (ACPO)	74
Annexe 18.	SAR – Effet tunnel	78
Annexe 19.	SAR – Téléconsultation	82
Annexe 20.	Questionnaire d'analyse approfondie – Arrêt cardiaque intra-hospitalier / Arrêt cardiaque au bloc opératoire	85
Annexe 21.	Travail en équipe – Staff multiprofessionnel (programmation opératoire, dossier difficile, etc.) / Staff de service (revue de patient, réunion d'unité, etc.)	90
Annexe 22.	Travail en équipe – Actions de formation sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels	93
Annexe 23.	Travail en équipe – Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels	94
Annexe 24.	Travail en équipe - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels	95
Annexe 25.	Travail en équipe – CRM santé	97

Annexe 26. Travail en équipe - Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels	98
Annexe 27. Travail en équipe – Prévention et gestion des conflits : « 1 patient 1 équipe »	99
Annexe 28.	99
Annexe 29. Travail en équipe – Protocolisation des prises en charge interdisciplinaires ou pluriprofessionnelles pour mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique	101
Annexe 30. Travail en équipe – Mise en œuvre et évaluation de la SSP « Coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens »	104
Annexe 31. Travail en équipe – Mise en œuvre concertée et évaluée de la RAAC	107
Annexe 32. Travail en équipe – Analyse et décisions cliniques concertées en RCP (Heart Team, périnéatologie, infectiologie orthopédique, etc.)	108
Annexe 33. Travail en équipe – Utilisation, évaluation et adaptation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » et de toute autre check-list utile (circulation extra-corporelle) – OBLIGATOIRE	109
Annexe 34. Travail en équipe - Actions d'évaluation des pratiques professionnelles du travail en équipe réalisées en établissement (audit, suivi d'indicateurs, patient traceurs...)	111
Annexe 35. Travail en équipe - Identification de situations à risques en équipe propres à l'établissement et protocolisation concertée en interdisciplinaire de barrières de prévention, récupération ou atténuation	113
Annexe 36. Travail en équipe – Enquête culture sécurité	114
Annexe 37. Travail en équipe – Autre action d'amélioration du travail en équipe	116
Annexe 38. Pratiques professionnelles – Participation à des actions de formation labellisées gestion des risques – OBLIGATOIRE (12h sur 4 ans)	117
Annexe 39. Pratiques professionnelles – Actions de formation en anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire ou médecine intensive réanimation avec retour auprès de l'équipe	118
Annexe 40. Pratiques professionnelles – Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles, travaux d'expertise institutionnelle	119
Annexe 41. Pratiques professionnelles – Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur des thématiques de la spécialité	120
Annexe 42. Pratiques professionnelles - Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques, participation effective au comité éditorial de revues scientifiques	122
Annexe 43. Pratiques professionnelles - Protocolisation et/ou évaluation des prises en charge de la spécialité, pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques dans le travail au quotidien	123
Annexe 44. Pratiques professionnelles - Participation aux instances opérationnelles de l'établissement (CLIN, CLUD, CLAN, CQSS, CME...) permettant l'élaboration et le suivi de protocoles spécifiques	124

Annexe 45. Pratiques professionnelles - Participation à la vie de l'ARMPO ou de réanimation : instances dirigeantes, commissions, groupe de travail CFAR, SFAR, CNP-ARMPO et aux travaux HAS	125
Annexe 46. Pratiques professionnelles - Actions d'évaluation des pratiques professionnelles de la discipline : audit, analyse des pratiques, patient traceurs, suivi d'indicateurs...	126
Annexe 47. Pratiques professionnelles – Participation régulière à un registre de pratiques	127
Annexe 48. Pratiques professionnelles – Autre action d'amélioration des pratiques professionnelles	128
Annexe 49. Sécurité des patients – Formation des experts des organismes agréés d'accréditation par la HAS	129
Annexe 50. Sécurité des patients - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels	130
Annexe 51. Sécurité des patients – Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles spécifiques à la thématique gestion des risques	132
Annexe 52. Sécurité des patients – Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique gestion des risques de la discipline	133
Annexe 53. Sécurité des patients – Parcours thématique au congrès SFAR	134
Annexe 54. Sécurité des patients – RMM, CREX, REMED réalisées en établissement ou organisées dans le cadre de programmes intégrés de DPC proposés par l'OA / Mise en œuvre d'un plan d'amélioration avec évaluation des actions décidées – OBLIGATOIRE	137
Annexe 55. Sécurité des patients - Actions d'analyse de pratiques en matière de gestion des risques proposés par des OA ou réalisées en établissements	139
Annexe 56. Sécurité des patients – Autre action d'amélioration de la sécurité des patients	140
Annexe 57. Santé du professionnel – Actions de formation sur le thème de la santé personnelle du médecin, e-learning, DIU « Soigner les soignants »	141
Annexe 58. Santé du professionnel - Activités de recherche clinique, publication d'articles sur la thématique « santé du professionnel »	142
Annexe 59. Santé du professionnel – Programme de prévention en santé	143
Annexe 60. Santé du professionnel – Repérage de situations à risque critique pour le patient et pour le professionnel de santé et actions à mener urgemment	144
Annexe 61. Santé du professionnel – Programme de prévention des risques spécifiques selon les disciplines	145
Annexe 62. Santé du professionnel - Auto-évaluation de son état de santé et son suivi, avec propositions de programmes de suivi ou de prise en charge	146
Annexe 63. Santé du professionnel – Réalisation en individuel ou en équipe des autotests CFAR, identification des points de difficulté, mise en œuvre d'actions d'amélioration	147
Annexe 64. Santé du professionnel – Autre activité	148

Annexe 65. Questionnaire « santé du professionnel »	149
Annexe 66. Relation avec le patient – Actions de formation sur le thème de la relation avec le patient	153
Annexe 67. Relation avec le patient - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la relation avec le patient	154
Annexe 68. Relation avec le patient - Activités de recherche clinique, publication d'articles sur la thématique « Relations avec les patients »	156
Annexe 69. Relation avec le patient - Programmes visant à améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap	157
Annexe 70. Relation avec le patient – Implication dans la gestion et la formation d'associations de patients	158
Annexe 71. Relation avec les patients – Fiches d'information et de recueil du consentement du patient, programmes de décision médicale partagée	159
Annexe 72. Relation avec le patient – Conception et participation à la mise en place de programmes de soins associant des patients / éducation thérapeutique	160
Annexe 73. Relation avec le patient – Participation à un dispositif d'annonce	161
Annexe 74. Relation avec le patient – Elaboration ou participation à des programmes encadrés d'E-santé	162
Annexe 75. Relation avec le patient – Recueillir et analyser le récit du patient dans la survenue d'un EIAS	163
Annexe 76. Relation avec le patient – Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (patients traceurs, e-satis, PREMS/PROMS)	164
Annexe 77. Relation avec le patient – Participation aux registres de pratique intégrant un recueil de données patients	166
Annexe 78. Relation avec le patient – Analyse des modalités de délivrance de l'information aux patients	167
Annexe 79. Relation avec le patient – Autre action d'amélioration de la relation avec le patient	168

## Annexe 1. Pré-requis

Pour s'engager dans l'accréditation, les médecins doivent satisfaire aux exigences suivantes :

1. Justifier de leur qualification en anesthésie réanimation (inscription en tant qu'anesthésiste réanimateur au Conseil de l'Ordre sauf pour les militaires)
  - tenir à disposition une photocopie (ou copie scannée) du diplôme de docteur en médecine signée certifiée sur l'honneur conforme à l'original ;
  - tenir à disposition une photocopie (ou copie scannée) des pièces officielles attestant de leur spécialité (inscription au tableau de l'Ordre des Médecins en tant que spécialiste en anesthésie réanimation). Ces documents devront être signés et certifiés sur l'honneur conformes aux originaux.
2. S'engager à respecter les textes réglementaires qui encadrent la pratique de l'anesthésie et de la réanimation

Il s'agit de manière plus spécifique du Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique et des Décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique.

3. Répondre de manière sincère et complète aux questions relatives à leur activité

Les réponses à ces questions sont informatives. Elles ne conditionnent pas l'engagement dans l'accréditation. Les réponses recueillies permettront d'avoir une meilleure connaissance de la population des médecins qui s'engagent. Ces informations ne sont connues que des experts chargés d'évaluer les demandes d'engagement. Les experts se sont engagés à respecter l'anonymat et la confidentialité les plus stricts.

Respecter les exigences minimales de sécurité et répondre au questionnaire d'auto-évaluation conditionne aujourd'hui l'entrée dans la démarche d'accréditation en anesthésie réanimation.

Par ailleurs, les médecins engagés dans la procédure d'accréditation auprès du CFAR auront des frais de gestion à régler annuellement. Pour plus d'informations consultez le site internet du CFAR à l'adresse [www.cfar.org](http://www.cfar.org)

Un bilan sera réalisé au bout d'un an au cours d'un entretien téléphonique entre un expert de l'OA et le médecin en cours d'accréditation.

## Annexe 2. Questionnaire d'auto-évaluation à l'engagement

Chaque « médecin candidat » à l'accréditation remplit un questionnaire d'auto-évaluation à l'engagement.

N°	Libellé de la question	Réponses
1	Êtes-vous autorisé par le Conseil de l'Ordre des médecins à exercer l'anesthésie et la réanimation (spécialiste ou compétent) ? * ou par l'institution militaire pour les médecins militaires	Oui Non
2	Avez-vous la capacité d'appliquer les textes réglementaires qui encadrent la pratique de l'anesthésie réanimation ?	Oui Non
3	Si oui, vous engagez-vous à les respecter ?	Oui Non Autre : préciser
4	Si non, indiquez pourquoi en cochant le facteur prédominant.	Du fait de l'établissement Du fait de l'équipe médicale Autre facteur : préciser
5	Êtes-vous membre du CLIN de l'établissement ?	Oui Non
6	Êtes-vous membre du CLUD de l'établissement ?	Oui Non
7	Etes-vous membre du comité de sécurité transfusionnel et d'hémovigilance de votre établissement ?	Oui Non
8	Disposez-vous au sein de votre structure de travail d'un protocole pour la transfusion en urgence ?	Oui Non
9	Disposez-vous au sein de votre structure de travail d'un protocole ventilation-intubation difficile ?	Oui Non
10	Participez-vous régulièrement à une revue morbimortalité ?	Oui Non
11	Vous engagez-vous à régler annuellement le montant des frais de gestion pour la réalisation de votre démarche d'accréditation auprès du CFAR ?	Oui

### Annexe 3. Questionnaire d'auto-évaluation à l'accréditation individuelle

A l'issue de la première année d'engagement puis lors des bilans d'accréditation suivants, le médecin remplit un questionnaire d'auto-évaluation à l'accréditation.

\* signifie que la question est obligatoire

Année de naissance : \* *Chiffre*

#### Activités

Dans les 24 derniers mois avez-vous ?\*

- Signalé un événement relevant d'une vigilance (matéiovigilance, identitovigilance, hémovigilance,...)
- Signalé un EIAS/EIG au service administratif (gestion des risques / qualité) de votre établissement
- Présenté un dossier lors d'une RMM pluri professionnelle
- Mis en œuvre un plan d'action découlant d'une RMM
- Evolué dans votre pratique de la check-list opératoire
- Participé aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) proposées par votre établissement
- En dehors des RCP, participé régulièrement à une ou des activité(s) transversale(s) DANS votre établissement (conseil de bloc, CLIN, bureau de CME, comité des vigilances, revue de morbi-mortalité,...)
- Participé à une ou des activité(s) transversale(s) HORS de votre établissement (Conseil de l'ordre, Société Savante, URPS, etc.)
- Vous n'avez effectué aucune des actions proposées

Si OUI : indiquer laquelle ou lesquelles\* - *apparaît si « activité transversale hors ES » coché*

- Conseil de l'ordre
- Société Savante
- URPS
- Autre : préciser Texte court

Si OUI : indiquer laquelle ou lesquelles\* - *apparaît si « activité transversale dans ES » coché*

- CME
- Conseil de bloc
- CLIN
- Autre : préciser Texte court

Considérez-vous les actions d'analyse des pratiques professionnelles (APP) comme :\*

- Une contrainte supplémentaire
- Un outil d'amélioration des pratiques
- Une opportunité de souder l'équipe pluri-professionnelle

- Une exigence légale sans intérêt

Avez-vous mis en place une méthode d'évaluation QUANTITATIVE et QUALITATIVE de votre activité en routine ?\*

- Registre professionnel
- Fichier personnel de morbi-mortalité
- Analyse PMSI
- Surveillance mise en place par l'établissement (ex : infections du site opératoire, infections nosocomiales...)
- Autres

### **Informatique**

L'informatisation de VOS DOSSIERS MEDICAUX PERSONNELS :\* *Menu déroulant*

- Ne vous pose pas de problèmes
- Est une source de risques
- N'est pas en place dans votre pratique

L'informatisation des dossiers médicaux AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT :\* *Menu déroulant*

- Ne vous pose pas de problèmes
- Est une source de risques
- N'est pas en place dans votre établissement
- Pose un problème de compatibilité avec vos dossiers personnels

Quel est le niveau de votre satisfaction globale relative à l'utilisation du SIAM 2 ? \* *Menu déroulant*

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Moyen
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Avez-vous des propositions à formuler pour améliorer le SIAM ? *Texte libre*

### **Accréditation**

Au cours du dernier cycle, que vous a apporté l'accréditation ?\*

- Amélioration des pratiques
- Amélioration de l'esprit d'équipe
- Amélioration de la culture sécurité
- Actualisation des connaissances professionnelles
- Compagnonnage

- Uniquement un intérêt financier
- Autre : préciser Texte court

Les membres de l'équipe avec laquelle vous travaillez connaissent-ils votre engagement dans l'accréditation ?\* *1 seule réponse possible*

- Oui
- Non

Comment jugez-vous vos relations avec votre expert ?\* *1 seule réponse possible*

- Excellentes et indispensables
- Contributives et pédagogiques
- Strictement fonctionnelles
- Inexistantes

Quel est le niveau de votre satisfaction globale relative à la démarche d'accréditation ? \* *Menu déroulant*

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Moyen
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Quelle proposition souhaitez-vous faire en vue d'améliorer le dispositif d'accréditation ? *Texte libre*

## Annexe 4. Règles de création des équipes

Toute équipe souhaitant s'engager dans une démarche d'accréditation en équipe doit s'identifier auprès de l'OA. Elle s'engage à réaliser l'ensemble des actions composant le programme.

Tous les médecins constituant une nouvelle équipe doivent être engagés individuellement dans l'accréditation. Un médecin souhaitant rejoindre une équipe déjà constituée doit être accrédité ou engagé. En outre, l'OA vérifiera la pertinence de la création d'une équipe dans le service / pôle concerné selon :

- le ratio entre le nombre de médecins souhaitant s'engager dans la démarche d'accréditation et le nombre de médecins de la spécialité exerçant dans le service ;
- la quotité de travail des médecins souhaitant s'engager dans l'équipe par rapport aux autres praticiens du service ;
- le statut des médecins souhaitant s'engager dans l'équipe ;

Dans l'équipe, un médecin « référent » sera identifié. Il aura pour rôle de créer l'équipe et de saisir les informations relatives à la mise en œuvre du programme dans le SIAM 2.0.

N°	Libellé de la question	Réponses et score
1	Nombre de praticiens de la spécialité exerçant dans votre unité/service/département/pôle.	Personnes ETP
2	Nombre de praticiens de la spécialité qui s'engagent dans la démarche en équipe.	Personnes ETP
3	Nombre de praticiens d'autres spécialités qui s'engagent dans la démarche en équipe.	Personnes ETP
4	Nombre de paramédicaux qui s'engagent dans la démarche en équipe (le cas échéant).	Personnes ETP
5	Adresse postale Téléphone Mail	
6	Quels sont les temps de travail collectif qui existent actuellement dans l'équipe ?	
7	L'équipe participe-t-elle à des RMM ?	
8	Quelles actions de gestion des risques sont réalisées par l'équipe (autre que RMM) ?	
10	Comment l'équipe va-t-elle s'organiser pour réaliser une démarche collective ?	Pour analyser les EIAS que vous avez identifiés.

		<p>Pour déclarer les EIAS auprès de l'OA de votre spécialité ou avec l'expert qui vous sera dédié.</p> <p>Pour mettre en œuvre les actions des 5 piliers du programme d'accréditation en équipe de votre spécialité.</p>
--	--	--

## Annexe 5. Champs d'activités

Les déclarations d'EIAS et les activités du programme se réalisent dans les champs d'activité suivants :

Intitulé	Description
Anesthésie-Réanimation	Cette activité médicale comprend l'évaluation pré-opératoire, la préparation éventuelle à l'intervention, la gestion péri-opératoire de l'anesthésie, de l'analgésie et de la réanimation, et le suivi post-opératoire en fonction des interventions et des organisations. Elle est encadrée par décret (Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie-réanimation et modifiant le code de la santé publique).
Réanimation	<p>Le 26 avril 2022, deux décrets relatifs à l'activité de soins critiques ont été publiés au Journal Officiel.. L'objectif de ces nouvelles dispositions est de placer sous un même régime national des autorisations l'ensemble de l'activité de soins critiques. Il s'agit d'une part de « moderniser les différentes obligations que doivent satisfaire les soins critiques [...] » et d'autre part « de définir une gradation claire entre les différents niveaux de soins critiques, de définir les cas et les différents types de patients qui relèvent de chaque niveau [...] ».</p> <p>Ces décrets sont entrés en vigueur le 1er juin 2023, et doivent être appliqués depuis le 1er novembre 2023</p> <p>Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques et Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques</p>
Equipe d'anesthésie réanimation, mixte MAR/MIR ou MIR	Amélioration du travail en équipe de l'analyse des pratiques et de la gestion des risques dans le cadre d'une démarche d'accréditation en équipe.

## Annexe 6. SAR – Matrice de Farmer

Les descriptions détaillées de chaque situation à risque sont disponibles en annexe. Les situations à risque sont hiérarchisées dans la matrice de Farmer à l'aide de l'échelle détaillée ci-dessous.

Fréquence des causes	5-Très probable à certain				
	4-Probable		Défaillance de la téléconsultation	Défaillance de la communication et/ ou de la coopération avec les autres professionnels de santé Défaillance du dossier informatisée	Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire Erreur médicamenteuse Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP Anesthésie Loco-régionale Défaillance dans la détection précoce du sepsis postopératoire
	3-Peu probable		Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille		Effet tunnel
	2-Très peu probable				Arrêt cardiaque au bloc opératoire Arrêt cardiaque intra-hospitalier
	1-Très improbable				
		1-Mineur	2-Significatif	3-Majeur	4-Grave à critique

Gravité des conséquences

Risque non critique	Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible
Risque à surveiller	Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller (EIAS ciblés, études de risques, activités d'accompagnement)
Risque à traiter en priorité	Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller (élaboration et/ou mise en œuvre de recommandations générales, activités d'accompagnement et de surveillance des risques, études de risques)

## Annexe 7. SAR – Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2022_010500
<b>Création</b>	2008
<b>Mise à jour</b>	2022
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient en situation d'anémie ou à risque d'hémorragie
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire, Urgence, Réanimation
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Hémorragie, hématome, choc hémorragique, anémie,
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute intervention
<b>Résumé</b>	<p>Le retard transfusionnel est une situation redoutée en anesthésie-réanimation en raison des risques de morbidité et de mortalité qu'il est susceptible d'entraîner. Il implique la définition des modalités de délivrance et de transfusion pour l'établissement ainsi que des stratégies d'épargne sanguine</p> <p>La fréquence de cette situation à risque reste importante, il est nécessaire de promouvoir les recommandations de 2014 sur ce sujet et d'en améliorer l'appropriation.</p> <p>L'enquête SFAR Inserm sur la mortalité, a démontré que 100 décès surviennent chaque année sur l'ensemble de la prise en charge, en relation avec un retard ou une absence de transfusion. (Anesthesiology 12 2006, Vol 105, 1087-1097).</p> <p>Des études récentes ont montré que l'anémie préopératoire et/ou la carence martiale sont associées à une augmentation significative de l'incidence des complications postopératoires, de la mortalité des durées moyennes de séjour hospitalier et des transfusions. Ces données sont à l'origine du concept de patient blood management (PBM)</p> <p>Le PBM repose sur trois piliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'optimisation de la masse sanguine ;</li> <li>- la minimisation des pertes sanguine ;</li> <li>- l'optimisation de la tolérance du patient à l'anémie.</li> </ul>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Sous-estimation des pertes sanguines</li> <li>➔ Défaut de carte de groupe</li> <li>➔ Manque 2ème détermination</li> <li>➔ Manque RAI</li> <li>➔ Pas d'hémoglobinomètre disponible</li> <li>➔ Absence de dispositif de récupération des pertes sanguines</li> </ul>

- ➔ Absence de prise en compte d'une carence martiale lors d'une chirurgie à risque hémorragique
- ➔ Absence de protocole d'épargne sanguine
- ➔ Absence de prise en compte d'une anémie pré-opératoire
- ➔ NFP non régulièrement surveillée
- ➔ Résultat NFP non disponible
- ➔ Période de la journée critique
- ➔ Surcharge de travail
- ➔ Changement d'équipe
- ➔ Méconnaissance de la procédure de commande de sang
- ➔ Problème de communication entre les soignants
- ➔ Problème de communication avec le laboratoire de biologie et / ou l'EFS
- ➔ Pas d'identification du médecin référent du patient en post opératoire
- ➔ Erreur d'identification du patient
- ➔ Délai d'acheminement trop long
- ➔ Degré d'urgence de la commande non précisé
- ➔ Eloignement dépôt de sang
- ➔ Sang non disponible
- ➔ Problème lié au transport
- ➔ Erreur de produit livré
- ➔ Poche détériorée
- ➔ Absence de protocole de définition des tâches en péri-opératoire (SSP3)

## Barrières

- ➔ Utilisation d'un hémoglobinomètre
- ➔ Commande en urgence vitale
- ➔ Remplissage vasculaire
- ➔ Transfusion du dépôt de sang
- ➔ Récupération pertes sanguines per et postopératoires
- ➔ Emploi d'un anti-fibrinolytique
- ➔ Emploi d'un ASE
- ➔ Calcul prévisionnel de la perte sanguine acceptable
- ➔ Recherche d'une anémie pré-opératoire avec identification des causes et correction du problème
- ➔ Non utilisation concomitante (ou du moins raisonnée) de plusieurs produits agissant sur l'hémostase
- ➔ Stratégie de transfusion restrictive
- ➔ Intervention après optimisation de l'érythropoïèse et la masse sanguine
- ➔ Protocole multidisciplinaire de Patient Blood Management
- ➔ Surveillance du traitement anti-coagulant
- ➔ Maintien de la normothermie
- ➔ Optimisation du débit cardiaque et de l'oxygénation

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ SSP3 coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Hémoglobine basse prolongée</li> <li>➔ Anémie</li> <li>➔ Conséquence hémodynamique</li> <li>➔ Conséquence coronarienne</li> <li>➔ Accident vasculaire cérébral ou trouble cognitif</li> <li>➔ Retard de cicatrisation</li> <li>➔ Retard de sortie</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>La maîtrise du risque lié au retard transfusionnel se base entre autre sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une reconnaissance précoce de l'anémie (Hémoglobino-mètre)</li> <li>➔ La mise en place d'un protocole de prévention du retard transfusionnel (surveillance, circuit d'acheminement des PSL, etc.) au sein de chaque bloc opératoire</li> <li>➔ Définition d'une stratégie d'épargne sanguine type PBM</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p>Recommandation de bonne pratique – 2022 <a href="http://www.has-sante.fr/jcms/p_3193968/fr/gestion-du-capital-sanguin-en-pre-per-et-post-operatoire-et-en-obstetrique">www.has-sante.fr/jcms/p_3193968/fr/gestion-du-capital-sanguin-en-pre-per-et-post-operatoire-et-en-obstetrique</a></p> <p>World Health Organization. (2021) . The urgent need to implement patient blood management : policy brief. World Health Organization. <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/346655">https://apps.who.int/iris/handle/10665/346655</a>.</p> <p>Patient Blood Management : Recommendations From the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA. 2019 Mar 12 ;321(10) :983-997</p> <p>Gestion du capital sanguin en pré, per et post-opératoire. Note de cadrage HAS du 1er juillet 2020</p> <p>Patient Blood Management » : gestion personnalisée du capital sanguin du patient en péri opératoire. Xavier Capdevilla, Philippe Biboulet, Sigismond Lasocki et le conseil scientifique du livre blanc PBM. J. ANREA volume 6, issue 6, 2020, Pages 570-580</p> <p>Practice Guidelines for Perioperative Blood Management : An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Anesthesiology. February 2015, Vol. 122, 241–275.</p> <p>Muñoz M., Laso-Morales M.J., Gómez-Ramírez S., Cadellas M., Núñez-Matas M.J., García-Erce J.A. Pre-operative haemoglobin levels and iron status in a large multicentre cohort of patients undergoing major elective surgery Anaesthesia 2017 ; 72 : 826-834</p> <p>Biboulet P., Motais C., Pencole M., Karam O., Dangelser G., Smilevitch P., et al. Preoperative erythropoietin within a patient blood management program decreases both blood transfusion and postoperative anemia : a prospective observational study Transfusion 2020 ;</p>

	<p>Fowler A.J., Ahmad T., Phull M.K., Allard S., Gillies M.A., Pearse R.M. Meta-analysis of the association between preoperative anaemia and mortality after surgery Br J Surg 2015 ; 102 : 1314-1324 [cross-réf]</p> <p>Mehra T., Seifert B., Bravo-Reiter S., Wanner G., Dutkowski P., Holubec T., et al. Implementation of a patient blood management monitoring and feedback program significantly reduces transfusions and costs Transfusion 2015 ; 55 : 2807-2815 [cross-réf.]</p> <p>RBP ANSM : transfusion de globules rouges homologues, produits, indication alternative</p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 8. SAR – Erreur médicamenteuse

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2022_010501
<b>Création</b>	2008
<b>Mise à jour</b>	2017
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient en anesthésie et/ou situation de réanimation
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire, Urgence
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Toute situation nécessitant l'administration de médicaments en anesthésie et/ou en réanimation
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes
<b>Résumé</b>	<p>Les erreurs médicamenteuses représentent la cause d'erreur la plus fréquente associée aux soins. Ceci est particulièrement vrai en anesthésie réanimation en raison des problèmes liés à la conciliation médicamenteuse et du nombre de médicaments auxquels sera exposé le patient durant la période périopératoire. L'analyse de la littérature a montré qu'une large proportion de ces erreurs était évitable.</p> <p>Des chercheurs se sont intéressés au contenu des bases recensant les erreurs médicamenteuses et les accidents thérapeutiques, notamment en Australie et aux USA. Ils en ont extrait les données ayant pour origine l'outil informatique et son emploi. A la lecture de ces données, on découvre que l'outil informatique lui-même ou bien son emploi défectueux est à l'origine de décès.</p> <p>Le CFAR développe, en collaboration avec la SFPC, l'utilisation de la méthode REMED (revue des erreurs médicamenteuses) comme outil d'analyse des EIAS liés aux médicaments. Cet outil est reconnu par la HAS comme méthode d'EPP « fille » de la RMM dont l'utilisation devrait permettre le développement d'une politique systématique de réduction du nombre de ces EIAS.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Défaut de vigilance</li> <li>➔ Manque d'ergonomie du stockage</li> <li>➔ Erreur de rangement</li> <li>➔ Changement de rangement</li> <li>➔ Présentation identique des médicaments</li> <li>➔ Défaut d'étiquetage</li> <li>➔ Similitude de nom commercial</li> <li>➔ Pression de production</li> <li>➔ Fatigue</li> <li>➔ Problème de communication</li> <li>➔ Mauvais éclairage</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Erreur de dilution</li> <li>→ Erreur sur commande de pharmacie</li> <li>→ Changement de médicament par la pharmacie</li> <li>→ Non information des utilisateurs du changement</li> <li>→ Erreur sur la voie d'administration</li> <li>→ Pas de valve anti retour</li> <li>→ Pas de protocole d'administration</li> <li>→ Erreur de prescription</li> <li>→ Allergie méconnue</li> <li>→ Manque de formation du personnel paramédical</li> <li>→ Méconnaissance du poids du patient</li> <li>→ Erreur de voie d'abord (IM IV SC SL IR)</li> <li>→ Formation au progiciel</li> <li>→ Paramétrage du progiciel</li> <li>→ Conception complexe des progiciels</li> <li>→ Prescription conditionnelle non utilisée conduisant à des textes libres (« ne pas administrer ce soir ») qui n'apparaissent pas dans le plan de soin</li> <li>→ Erreur de sélection d'un médicament</li> <li>→ Défaut d'arrêt de prescription (surcharge des écrans / impossibilité de visualiser)</li> <li>→ Prescripteur non autorisé (échange de codes d'accès)</li> <li>→ Prescription réalisée sous le nom d'un confrère si celui-ci a oublié de se déconnecter</li> <li>→ Erreur sur la recherche d'un équivalent</li> <li>→ Erreur de frappe de la posologie avec risque de surdosage</li> <li>→ Oubli de sélectionner « si besoin » entraînant un risque d'administration systématique</li> <li>→ Erreur d'une sélection d'unité de prescription dans un menu déroulant (5 cp au lieu de 5 mg)</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contrôle ultime avant l'injection</li> <li>→ Arrêt immédiat de l'injection</li> <li>→ Injection d'un antidote</li> <li>→ Ventilation O<sup>2</sup> pur (pour les gaz)</li> <li>→ Vérifier pression de délivrance des gaz</li> <li>→ Etiquetage standardisé</li> <li>→ Seringues préremplies</li> <li>→ Rangement clairement identifié</li> <li>→ Maintenance</li> <li>→ Signalement des dysfonctionnements</li> <li>→ Procédure dégradée en cas de défaillance du système</li> <li>→ Analyse pharmaceutique</li> <li>→ Détection par les soignants des prescriptions inadaptées</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Douleur à l'injection</li> <li>→ Effet prolongé</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Effet trop bref</li> <li>➔ Aucun effet</li> <li>➔ Effet non attendu</li> <li>➔ Conséquence hémodynamique</li> <li>➔ Cyanose (N2O)</li> <li>➔ Apnée (morphiniques)</li> <li>➔ Atteinte neurologique (ALR)</li> <li>➔ Atteinte neuromusculaire (curares)</li> <li>➔ Erreur de sélection d'un médicament</li> <li>➔ Erreur de voie d'administration</li> <li>➔ Oubli ou erreur de sélection d'une fréquence d'administration (risque d'une administration quotidienne au lieu d'une administration unique)</li> <li>➔ Traitement répété automatiquement tous les jours du fait de l'oubli de son arrêt</li> <li>➔ Oubli de réactivation d'une prescription après la suspension</li> <li>➔ Oubli d'arrêt de traitement des voies injectables lors du relais par voie orale</li> <li>➔ Analyse pharmaceutique erronée du fait de la non mise à jour ou de la défaillance des bases de données</li> <li>➔ Défaut de délivrance du fait de l'absence de validation informatique de la prescription</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>Mise en place de barrières pour limiter la survenue de l'erreur d'administration d'un médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Etiquetage des seringues</li> <li>➔ Reconnaissance de voie d'abord</li> <li>➔ Rédaction de protocoles</li> <li>➔ Incitation des équipes à utiliser la méthode REMED en cas de survenue d'un événement indésirable en rapport avec un médicament</li> <li>➔ Amélioration de l'ergonomie des logiciels de prescription</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p>Prévenir le risque d'erreur d'administration des médicaments en anesthésie et en réanimation (SFAR 2016) <a href="https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/">https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/</a></p> <p>Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments (HAS) Mai 2013</p> <p>Enquêtes ENEIS 1 et 2.</p> <p>Fasting S, Gisvold SE. Adverse drug errors in anesthesia, and the impact of coloured syringe labels. Can J Anaesth 2000;47:1060-7</p> <p>WebsterCS, MerryAF, LarssonL, McGrathKA, WellerJ. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia. Anaesth Intensive Care 2001;29:494-500</p>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous

<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 9. SAR – Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2020_010328
<b>Création</b>	2011
<b>Mise à jour</b>	2017
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient en anesthésie ou en situation de réanimation
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire, Urgences
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Toute situation clinique
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes
<b>Résumé</b>	<p>La survenue d'un conflit entre un patient (ou sa famille) et un médecin est cause de nombreux problèmes : les conséquences peuvent être parfois dramatiques en modifiant négativement le processus de soins, en conduisant à une perte de confiance, en augmentant les coûts de santé et en exposant à un risque médico-judiciaire. On ajoutera que des conflits sérieux peuvent avoir des conséquences psychologiques à court, moyen ou long terme sur le praticien. Dans le cadre des erreurs thérapeutiques, il est aujourd'hui classique de dire que le médecin est la seconde victime. L'objectif de cet EIAS est de favoriser la déclaration des conflits que peuvent rencontrer les anesthésistes-réanimateurs dans leur pratique quotidienne et par leur analyse de les aider à mieux comprendre les causes du conflit et à éviter la survenue de conflits ultérieurs. Il est également important de noter que les défauts d'informations quelquefois ressentis sont souvent mis en exergues lors des expertises.</p> <p>Le conflit est défini comme toute expression d'un certain degré de mécontentement (intense et/ou répété) du patient/famille, en rapport avec la prise en charge du patient par le déclarant et qui expose à un risque psychologique ou physique pour le médecin. L'EIAS se focalise essentiellement sur les caractéristiques du déclenchement du conflit.</p> <p>Cette situation à risque présente une criticité modérée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité peu importante pour le patient.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Soins non réalisés selon la prévision en termes de chronologie</li> <li>➔ Soins non réalisés selon la prévision en nature</li> <li>➔ Soins non réalisés selon la prévision en raison des intervenants</li> <li>➔ Plaintes vis à vis de l'organisation de l'établissement de soins, de la logistique</li> <li>➔ Absence de consentement</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Inadéquation entre les demandes secondaires aux croyances/religion et le processus de soins</li> <li>➔ Comportement inadéquat du médecin, physique ou verbal</li> <li>➔ Comportement inadéquat du patient physique ou verbal</li> <li>➔ Comportement inadéquat de la famille physique ou verbal</li> <li>➔ Désaccord financier</li> <li>➔ Retard ou mauvaise programmation des soins</li> <li>➔ Complication ou décès</li> <li>➔ Financières</li> <li>➔ Syndrome post-traumatique</li> <li>➔ Violence physique</li> <li>➔ Conséquences judiciaires, administratives ou ordinales</li> <li>➔ Résultat différent de l'attente initiale</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Information et consentement éclairé du patient ou de la famille</li> <li>➔ Planification des soins transparente</li> <li>➔ Stratégies de soins partagées par tous les acteurs</li> <li>➔ Guide d'annonce d'un dommage associé aux soins</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Syndrome post-traumatique</li> <li>➔ Conséquences judiciaires, administratives ou ordinales</li> <li>➔ Financières</li> <li>➔ Retard ou mauvaise programmation des soins</li> <li>➔ Violence physique</li> <li>➔ Résultat différent de l'attente initiale</li> <li>➔ Complication ou décès</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>Une information adaptée (précise, loyale, compréhensible et au bon moment) et un comportement à la fois professionnel et humain réduisent le risque d'occurrence d'un conflit avec le patient et/ou sa famille.</p>
<b>Bibliographie</b>	<p>Guide AP-HP « Communiquer, avec le patient et ses proches, en cas d'incident : les bons réflexes »</p> <p>Thieblemont J et al. La perception et la communication du risque médical. Quelles implications pour les consultations préanesthésiques ? Ann Fr Anesth Réanim 2006 ;25 :50-62.</p> <p>Mercer SW et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Family Practice 2004 ;21 : 699-705</p> <p>Lewin S, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No: CD003267.</p> <p>Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA 2005; 293:1100-1106</p>
<b>Documents joints</b>	<p>Guide d'annonce d'un dommage associé aux soins</p>

	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins">https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins</a>
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 3 * Gravité 2 = Criticité 6

## Annexe 10. SAR – Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et/ou AAP

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2019_010323
<b>Création</b>	2011
<b>Mise à jour</b>	2017
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient bénéficiant d'un traitement AC et/ou AAP
<b>Type de prise en charge</b>	Toutes (Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire, HAD ou Autre)
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes
<b>Résumé</b>	<p>Les accidents hémorragiques se situent au premier plan des accidents iatrogènes.</p> <p>Cette situation à risque présente une criticité élevée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité élevée pour le patient.</p> <p><b>Prise en charge des patients sous anticoagulants</b></p> <p>Plus de 1 % de la population française est traitée par anti-vitamines K (AVK). Or, ce traitement est à l'origine d'une iatrogénie importante (20 % des patients présentant des hémorragies cérébrales hospitalisés en neurochirurgie, 4 000 décès par an en France). Le maniement des AVK durant la phase péri-opératoire ou à l'occasion de la réalisation de gestes invasifs est difficile.</p> <p>La mise sur le marché des anticoagulants oraux directs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) destinés à remplacer les AVK pour le traitement des patients ayant une FA ou un ETE expose aux mêmes difficultés exacerbées par le choix potentiel de médicaments ayant des propriétés pharmacologiques différentes, l'absence d'aide des tests d'hémostase usuels et l'absence d'antidotes.</p> <p><b>Prise en charge des patients sous antiagrégants plaquettaires</b></p> <p>Les indications des AAP en prévention secondaire concernent un nombre croissant de patients. La mise sur le marché de médicaments plus efficaces (prasugrel, ticagrélor) sur la prévention de la thrombose artérielle mais responsables d'un potentiel hémorragique accru rend leur gestion péri-interventionnelle complexe. Cette problématique est particulièrement patente chez les patients porteurs de stents coronariens devant bénéficier d'un acte interventionnel.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Défaillance de l'indication du traitement</li> <li>➔ Défaillance de la prescription</li> <li>➔ Défaillance de la dispensation/délivrance</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Défaillance à l'administration</li> <li>➔ Défaillance du suivi du traitement</li> <li>➔ Défaillance liée au médicament (étiquetage, présentation, stockage, péremption)</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Recommandation disponible, protocoles de service</li> <li>➔ Dossier patient</li> <li>➔ Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou LAP)</li> <li>➔ Dispensation/délivrance sous le contrôle effectif d'un pharmacien</li> <li>➔ Information et vigilance du patient et de son entourage</li> <li>➔ Vérification ultime par le soignant avant l'administration</li> <li>➔ Surveillance clinique et biologique du patient</li> <li>➔ Programmation opératoire</li> <li>➔ Consultation préopératoire (chirurgien et anesthésiste)</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Hémorragie</li> <li>➔ Thrombose</li> <li>➔ Interactions médicamenteuses</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Mise à jour des connaissances des professionnels</li> <li>➔ Mise en place de relais appropriés</li> <li>➔ Bonne gestion de l'amont AAP</li> <li>➔ Mise à jour des algorithmes de décisions et de gestion</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p>1) RPC : Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti-vitamines K en ville et en milieu hospitalier  <a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier</a></p> <p>2) Bon usage des agents antiplaquettaires recommandations de bonne pratique ANSM-HAS 2012</p> <p>3) AAP : prise en compte des risques thrombotiques et hémorragique en cas de geste endoscopique chez le coronarien HAS 2012</p> <p>4) AAP : prise en compte des risques thrombotiques pour les gestes percutanés chez le coronarien HAS 2013</p> <p>5) Sié P, Samama CM, Godier A, Rosencher N, Steib A, Llau JV, Van der Linden P, Pernod G, Lecompte T, Gouin-Thibault I, Albaladejo P; Working Group on Perioperative Haemostasis; French Study Group on Thrombosis and Haemostasis. Arch Cardiovasc Dis. 2011 Dec;104(12):669-76. doi: 10.1016/j.acvd.2011.09.001. Epub 2011 Oct 29. <a href="#">Surgery and invasive procedures in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants: thrombin or factor-Xa inhibitors. Recommendations of the Working Group on Perioperative Haemostasis and the French Study Group on Thrombosis and Haemostasis.</a></p>

- 6) Pernod G, Albaladejo P, Godier A, Samama CM, Susen S, Gruel Y, Blais N, Fontana P, Cohen A, Llau JV, Rosencher N, Schved JF, de Maistre E, Samama MM, Mismetti P, Sié P. Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Oct;32(10):691-700. doi: 10.1016/j.annfar.2013.04.016. Epub 2013 Aug 30. Review. French. Erratum in: Ann Fr Anesth Reanim. 2014 Mar;33(3):198-9[[Management of major bleeding complications and emergency surgery in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants, thrombin or factor-Xa inhibitors. Proposals of the Working Group on Perioperative Haemostasis \(GIHP\) - March 2013](#)].
- 7) Steib A, Mertes PM, Marret E, Albaladejo P, Fusciardi J. Thromb Res. 2014 Jun;133(6):1056-60. doi: 10.1016/j.thromres.2014.03.053. Epub 2014 Apr 4. [Compliance with guidelines for the perioperative management of vitamin K antagonists](#).
- 8) SFAR Gestion des nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) Samama CM RJ, Renard G. Proposition de gestion des nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie ophtalmologique. online 2014;2014.
- 9) Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique en cas de geste endoscopique chez le coronarien  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1294540/antiagregants-plaquettaires-prise-en-compte-des-risques-thrombotique-et-hemorragique-en-cas-de-geste-endoscopique-chez-le-coronarien- - -](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294540/antiagregants-plaquettaires-prise-en-compte-des-risques-thrombotique-et-hemorragique-en-cas-de-geste-endoscopique-chez-le-coronarien- - -)
- 10) Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1710205/fr/antiagregants-plaquettaires-prise-en-compte-des-risques-thrombotique-et-hemorragique-pour-les-gestes-percutanes-chez-le-coronarien](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710205/fr/antiagregants-plaquettaires-prise-en-compte-des-risques-thrombotique-et-hemorragique-pour-les-gestes-percutanes-chez-le-coronarien)
- 11) Bon usage des agents antiplaquettaires  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1264095/bon-usage-des-agents-antiplaquettaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1264095/bon-usage-des-agents-antiplaquettaires)
- 12) European Guidelines on peri-opérative venous thromboembolism (Eur J anesthesiology 2018 ; 35 ; 77-83)
- 13) Commentaires et propositions du Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire (GIHP) sur les recommandations de la Société européenne d'anesthésie.
- 14) Propositions du GHIP pour le diagnostic et la prise en charge d'une thrombopénie induite par l'héparine (GIHP 2019)
- 15) Gestion des agents antiplaquettaires pour une procédure invasive programmée, j.anrea 2018.01.002
- 16) Gestion des AOD pour la chirurgie et les actes invasifs programmés ; propositions réactualisées du GIHP. Septembre 2015

	17) Gestion des agents antiplaquettaires en cas de procédure non programmée ou d'hémorragie. Anesthésie et réanimation volume 5, issue 3, may 2019 p 218-237
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 11. SAR – Défaillance de la communication et/ou de la coopération avec les autres professionnels de santé

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2019_010324
<b>Création</b>	2017
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tous les patients
<b>Type de prise en charge</b>	Consultation, Ambulatoire, Hospitalisation
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tous
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Tous
<b>Résumé</b>	<p>La qualité de la communication et de la coopération entre les professionnels de santé représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient. La fluidité de la communication et la coopération entre l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient est essentielle pour limiter la survenue d'un défaut de préparation, de bilan ou de matériel disponible avant l'hospitalisation. La communication et la coopération permettent également d'éviter les annulations ou reports de dernière minute qui sont de possibles sources de stress pour le patient et l'équipe, d'aggravation du risque chirurgical, ou de perte de chance.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Dossier non disponible</li> <li>➔ Dossier incomplet</li> <li>➔ Retard dans la transmission des informations,</li> <li>➔ Informations imprécises sur l'acte thérapeutique envisagé</li> <li>➔ Transmission d'informations erronées</li> <li>➔ Défaut de concertation pour apprécier l'opérabilité du patient</li> <li>➔ Dysfonctionnement de la programmation opératoire lors de son élaboration</li> <li>➔ Dysfonctionnement de la programmation opératoire (modification)</li> <li>➔ Check-list non utilisée</li> <li>➔ Check-list utilisée trop rapidement</li> <li>➔ Absence de briefing</li> <li>➔ Répartition des tâches floues</li> <li>➔ Défaut d'organisation pour la sortie du patient</li> <li>➔ Désaccords</li> <li>➔ Intervenants ne se connaissant pas</li> <li>➔ Intervenants sur-occupés</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Conflits entre intervenants</li> <li>➔ Absence de climat de confiance</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Dossier patient complet renseigné et accessible par tous les acteurs</li> <li>➔ Double du courrier de consultation adressé aux professionnels concernés (anesthésistes, cardiologues, réanimateurs, kinésithérapeutes)</li> <li>➔ Consignes écrites transmises à l'établissement dans le dossier de préadmission</li> <li>➔ Staffs de programmation du bloc opératoire, procédures d'information pour les personnels remplaçants, protocoles de répartition des tâches</li> <li>➔ Check-list (jour de l'admission, bloc opératoire)</li> <li>➔ Vérification en amont (5-7 J) avant l'hospitalisation</li> <li>➔ Equipe : Réunions et protocoles relatifs au travail en équipe</li> <li>➔ Equipe : Briefings</li> <li>➔ Equipe : Debriefings</li> <li>➔ Equipe: RMM</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Retard de prise en charge</li> <li>➔ Non réalisation de l'acte</li> <li>➔ Majoration du risque péri opératoire</li> <li>➔ Perte de chance pour le patient</li> <li>➔ Décès</li> <li>➔ Dégradation du climat dans l'équipe</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>Il est nécessaire de formaliser la coopération entre les professionnels acteurs de la prise en charge. Les procédures et protocoles de prise en charge des patients font l'objet d'un consensus. Ils précisent, entre autres, le rôle de chacun pendant toute la durée de la prise en charge. Cf Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.</p>
<b>Bibliographie</b>	<p>HAS, Points clés et solutions : Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens. Cette SSP propose une bibliographie détaillée. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe</a></p>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 3 = Criticité 12

## Annexe 12. SAR – Défaillance du dossier informatisé

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2019_010325
<b>Création</b>	2017
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tous les patients
<b>Type de prise en charge</b>	Toutes (Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire, HAD ou Autre)
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes
<b>Résumé</b>	<p>L'introduction de nouvelles technologies (informatisation, automatisation) permet de diminuer le nombre d'erreurs. Les risques sont donc réduits par rapport aux anciennes pratiques mais de nouveaux risques apparaissent, liés aux technologies elles-mêmes. Rendre les pratiques de soins dépendantes de l'informatique implique nécessairement de fiabiliser au maximum la continuité de fonctionnement de l'ensemble du système.</p> <p>En mai 2010, la HAS dans son rapport préalable sur la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP), aborde déjà la notion de logiciovigilance comme une des précautions à l'implémentation d'une informatisation de production.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Facteur humain</li> <li>➔ Paramétrage du progiciel</li> <li>➔ Problèmes de communication liés à l'ergonomie</li> <li>➔ Conception complexe des progiciels</li> <li>➔ Défaut de communication entre les différents logiciels utilisés dans l'établissement</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Maintenance</li> <li>➔ Signalement des dysfonctionnements</li> <li>➔ Procédure dégradée en cas de défaillance du système</li> <li>➔ Analyse pharmaceutique</li> <li>➔ Détection par les soignants des prescriptions inadaptées</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Perte d'information</li> <li>➔ Impossibilité d'accéder au plan de soin en cas de panne</li> <li>➔ Interruption automatique de traitement en l'absence de réévaluation (alerte non prise en compte)</li> <li>➔ Traitement non poursuivi lors de la mutation d'un patient</li> <li>➔ Erreur de sélection de patient</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Retard de prise en charge</li> <li>➔ Prescripteur non autorisé (échange de codes d'accès)</li> <li>➔ Prescription réalisée sous le nom d'un confrère si celui-ci a oublié de se déconnecter</li> <li>➔ Erreur sur la recherche d'un équivalent</li> <li>➔ Analyse pharmaceutique erronée du fait de la non mise à jour ou de la défaillance des bases de données</li> <li>➔ Défaut de soins/examens du fait de l'absence de validation informatique de la prescription</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Amélioration de l'ergonomie des logiciels de prescription</li> <li>➔ Amélioration des interfaces entre les différents logiciels utilisés (en particulier celui relatif à la consultation pré-anesthésique et celui relatif à la prescription médicamenteuse)</li> <li>➔ Sensibilisation des médecins aux possibilités d'erreurs liées à la prescription informatique</li> <li>➔ Diminution des erreurs sur les ordonnances de sortie</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_989142/fr/certification-des-logiciels-des-professionnels-de-sante">https://www.has-sante.fr/jcms/c_989142/fr/certification-des-logiciels-des-professionnels-de-sante</a></p> <p>Magrabi F, Ong MS, Runciman W, Coiera E. Patient safety problems associated with healthcare information technology: an analysis of adverse events reported to the US Food and Drug Administration. AMIA Annu Symp Proc. 2011;2011:853-7.</p> <p>Magrabi F, Ong MS, Runciman W, Coiera E. An analysis of computer-related patient safety incidents to inform the development of a classification. J Am Med Inform Assoc. 2010 Nov-Dec;17(6):663-70</p> <p>"Prescription informatisée : des risques d'erreurs et d'effets indésirables. Partie 2. Prescription informatisée : des causes multiples d'erreurs" Rev Prescrire 2015 ; 35 (386) : 934-942. (pdf, réservé aux abonnés)</p>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 3 = Criticité 12

## Annexe 13. SAR – Anesthésie loco-régionale

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2022_010504
<b>Création</b>	2021
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tous les patients
<b>Type de prise en charge</b>	Toutes
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute intervention
<b>Résumé</b>	<p>Actuellement un nombre important d'actes sont réalisés sous anesthésie locorégionale.</p> <p>Ces techniques sont par ailleurs utilisées dans le cadre de l'analgésie et de la réhabilitation post-opératoire.</p> <p>Cette notion de fréquence incite à rechercher les événements indésirables en lien avec cette pratique qui peut d'autre part être grevée de complications avec parfois un niveau de criticité élevé.</p> <p>Parmi ces complications certaines ont également été constatées au travers des déclarations d'EIAS d'autres OA.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Contre-indication de l'ALR en raison d'une défaillance de la gestion péri-opératoire des AC et APP</li> <li>➔ Erreur médicamenteuse lors d'une sédation après une ALR</li> <li>➔ Syndrome de la queue de cheval</li> <li>➔ Paresthésies lors de la ponction</li> <li>➔ Constatations de la non-disponibilité du matériel après réalisation de l'ALR</li> <li>➔ Erreur de produit pour réaliser l'ALR</li> <li>➔ Erreur de concentration du produit utilisé pour l'ALR</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Utilisation de l'échographie</li> <li>➔ Arrêt de la procédure en cas de douleur à l'injection</li> <li>➔ Test aspiratif afin d'éviter l'injection intravasculaire</li> <li>➔ Utilisation des vasopresseurs</li> <li>➔ Respect des doses toxiques</li> <li>➔ Monitoring</li> <li>➔ Recherche des contre-indications lors de la CS</li> <li>➔ Gestion appropriée des anticoagulants en pré per et post opératoire</li> </ul>

- ➔ Matériel de réanimation immédiatement disponible
- ➔ Information du patient sur les modalités pratiques, les échecs éventuels et les complications
- ➔ Identification appropriée des cathéters destiné à l'analgésie
- ➔ Présence d'intra lipides là où sont réalisées les ALR
- ➔ La check-list
- ➔ Présence de l'affiche « STOP ALR »

## Conséquences

- ➔ Echec de ponction
- ➔ Analgésie insuffisante nécessitant une AG
- ➔ Analgésie insuffisante avec recours à une sédation
- ➔ Rachi totale
- ➔ Hypotension lors d'une anesthésie péri médullaire
- ➔ Arrêt cardiaque
- ➔ Hématome péri médullaire
- ➔ Neuropathie périphérique transitoire
- ➔ Neuropathie périphérique définitive
- ➔ Paraplégie
- ➔ Toxicité neurologique des anesthésiques locaux
- ➔ Convulsions
- ➔ Toxicité cardiaque des anesthésiques locaux
- ➔ Injection des anesthésiques locaux dans un cathéter veineux
- ➔ Céphalées post rachi
- ➔ Erreur de côté lors de la réalisation de l'ALR
- ➔ No go après réalisation de l'ALR
- ➔ Détresse respiratoire après une ALR
- ➔ Retard au diagnostic d'un syndrome des loges du fait de l'ALR
- ➔ Non-respect de la technique anesthésique prévue lors de la CS
- ➔ Méningites après une anesthésie péri médullaire
- ➔ Infection au point de ponction
- ➔ Hématome au niveau du point de ponction
- ➔ Difficultés mictionnelles après une ALR
- ➔ Bradycardie
- ➔ Difficultés d'IOT après un échec d'ALR
- ➔ Complications liées à la posture après ALR
- ➔ Inhalation du contenu digestif
- ➔ Diplopie après ALR en chirurgie ophtalmologique
- ➔ NVPO après ALR

<p><b>Facteurs clés de sécurité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Diffusion des recommandations à mettre en œuvre lors d'une ALR</li> <li>➔ SSP avec les spécialités chirurgicales lors de l'utilisation de l'ALR</li> <li>➔ Rédaction d'une check-list spécifique pour la réalisation d'une ALR en salle de pré-induction</li> <li>➔ Mise à disposition de l'affiche « STOP ALR » à apposer en salle d'induction</li> <li>➔ Formation à la check-list des intervenants en salle de pré-induction</li> </ul>
<p><b>Bibliographie</b></p>	<p>RFE SFAR : Anesthésie loco-régionale périnerveuse (actualisation 2016)</p> <p>RFE SFAR : échographie en anesthésie loco-régionale (2011)</p> <p>RFE SFAR : les bloc péri médullaires chez l'adulte Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 26 (2007) 720–752 (2006)</p> <p>RFE SFAR : prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie et en réanimation (actualisation 2016)</p> <p>JX.MAZOIT Complications neurologiques des médicaments de l'anesthésie loco-régionale La Lettre du Neurologue - n° 2 - vol. IV - avril 2000</p> <p>Y. AUROY, H. BOUAZIZ Morbidités des anesthésies locorégionales, Conférences d'actualisation congrès SFAR 2001</p> <p>H.BELOEIL Toxicité des anesthésiques locaux à l'heure de l'échographie, congrès SFAR 2013</p> <p>Y.AUROY et al, Major Complications of Regional Anesthesia in France: The SOS Regional Anesthesia Hotline Service, Anesthesiology November 2002, Vol. 97, 1274–1280.</p> <p>F. MESSIANT Comment prendre en charge une complication neurologique périphérique après une anesthésie locorégionale ? le praticien en anesthésie-réanimation, volume 19, issue 5, 2015, Pages 240-245</p> <p>Patrice Forget, Josip A Borovac, Elizabeth M Thackeray, Nathan L Pace, Transient neurological symptoms (TNS) following spinal anaesthesia with lidocaine versus other local anaesthetics in adult surgical patients : a network méta-analysis, Cochrane database of systematic reviews, December 2019</p> <p>F.FERRE et al, Rachianesthésie, 53ème congrès national d'anesthésie-réanimation 2011</p> <p>Terese T. Horlocker, Complications of spinal and epidural anesthesia, Anesthesiology Clinics of North America, Volume 18, Issue 2, 2000</p> <p>Trautmann, M., Lepper, P. &amp; Schmitz, FJ. Three Cases of Bacterial Meningitis After Spinal and Epidural Anesthesia. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 21, 43–45 (2002).</p>

	<p>European Society of anesthesiology, Guidelines on peri-operative use of ultrasound for regional anesthesia, Eur j Anaesthesiology 2020 ; 37 :1-32</p> <p>C.L. Jeng et al, Complications of peripheral blocks ; British Journal of anaesthesia, volume 105, Issue suppl_1, December 2010, pages 97-107</p> <p>Gregory A.Liguori et al, Asystole and Severe Bradycardia during Epidural Anesthesia in Orthopedic Patients. Anesthesiology January 1997, Vol. 86, 250–257.</p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 14. SAR – Gestion de l'intubation difficile après échec de la vidéo laryngoscopie

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2022_010505
<b>Création</b>	2008
<b>Mise à jour</b>	2022
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout type de patient en anesthésie ou en réanimation requérant le contrôle des voies aériennes supérieures
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Toute situation requérant la maîtrise des voies aériennes
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute accès aux voies aériennes supérieures
<b>Résumé</b>	<p>Cette SAR a été créée en 2008 mais malgré les progrès réalisés depuis cette période elle reste pertinente dans le cadre de la gestion des risques de la spécialité</p> <p>Cette situation à risque présente une criticité élevée du fait d'une fréquence importante et d'une gravité élevée pour le patient.</p> <p>La survenue d'une difficulté d'intubation et/ou de ventilation au masque est toujours l'objet de nombreuses déclarations, elle est reconnue comme une cause importante de morbi-mortalité en anesthésie-réanimation.</p> <p>La survenue de ces difficultés d'accès non prévues peut être réduite par la recherche systématique des facteurs de risque d'intubation et de ventilation en consultation d'anesthésie.</p> <p>L'utilisation des systèmes de vidéo laryngoscopies a permis de réduire le risque d'intubation impossible sans pour autant le supprimer ; il est donc important d'évaluer la fréquence de survenue des difficultés d'intubation persistantes malgré l'utilisation de ce dispositif ainsi que les techniques utilisées pour pallier à cette situation. D'autre part la recommandation de la SFAR publiée en 2017 identifie des contre-indications à l'emploi du vidéo laryngoscope :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouverture de bouche &lt; 2,5 cm</li> <li>- Un rachis cervical fixé en flexion</li> <li>- Tumeur des voies aérodigestives supérieures avec stridor.</li> </ul> <p>La mise en œuvre de l'algorithme de gestion des voies aériennes en cas d'intubation difficile non prévue constitue une barrière d'atténuation ou de récupération importante.</p> <p>L'analyse de ce type d'EIAS doit permettre de favoriser la mise en œuvre des recommandations de la SFAR et constitue toujours un</p>

	<p>objectif prioritaire dans la politique de gestion des risques de la spécialité d'anesthésie-réanimation.</p> <p>Cette SAR permettra de mettre en évidence les difficultés d'intubation difficile persistantes malgré l'utilisation du vidéo laryngoscope et de définir des stratégies alternatives</p>
<p><b>Causes immédiates</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Anatomie du patient faussement rassurante</li> <li>➔ Absence de recherche d'un ou plusieurs facteurs prédictifs d'intubation difficile</li> <li>➔ Absence de traçabilité des informations relevées lors de la consultation pré anesthésique (CPA) et /ou de la visite pré anesthésique (VPA)</li> <li>➔ Non réalisation de la CPA et/ou de la VPA</li> <li>➔ AR différent pour la CPA et/ou la VPA et /ou l'intubation</li> <li>➔ Manque d'expérience</li> <li>➔ Recherche de l'évaluation des conditions d'intubation lors d'interventions antérieures lorsqu'elles sont disponibles</li> <li>➔ Indisponibilité du matériel de vidéo laryngoscopie</li> </ul>
<p><b>Barrières</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Ventilation au masque facial facile</li> <li>➔ Matériel d'intubation difficile disponible immédiatement</li> <li>➔ Mandrin long</li> <li>➔ Lame métallique</li> <li>➔ Fast trach</li> <li>➔ Glottiscope</li> <li>➔ Fibroscope</li> <li>➔ Algorithme d'intubation difficile disponible</li> <li>➔ Aide immédiate par un professionnel de l'anesthésie</li> <li>➔ VPA qui complète une CPA peu informative</li> <li>➔ Fiches réflex</li> <li>➔ Affichage des algorithmes décisionnels</li> <li>➔ Simulation</li> <li>➔ Aides cognitives</li> </ul>
<p><b>Conséquences</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Traumatisme dentaire</li> <li>➔ Douleur oro pharyngé</li> <li>➔ Hypoxie</li> <li>➔ Pic hypertensif</li> <li>➔ Hémorragie nasale ou buccale</li> <li>➔ Oedème pharyngé</li> <li>➔ Spasme laryngé</li> <li>➔ Bronchospasme</li> <li>➔ Reflux gastrique</li> <li>➔ Conséquence cardiaque de l'hypoxie</li> </ul>
<p><b>Facteurs clés de sécurité</b></p>	<p>Les facteurs clés de sécurité reposent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une bonne évaluation des conditions d'accès aux voies aériennes supérieures (Cf IPAQSS –DAN),</li> </ul>

- ➔ Une bonne connaissance des algorithmes et des techniques de prise en charge,
- ➔ La mise à disposition du matériel spécifique et d'un renfort potentiel.

## Bibliographie

RFE SFAR : Actualisation de recommandations « Intubation difficile » et extubation en anesthésie chez l'adulte (2017)

J.-B. Lascarrou\*, M. Martin et J. Reigner : Quelle est la place des vidéolaryngoscopes pour l'intubation en réanimation ? Méd. Intensive Réa (2019) 28 :4-10

Richard M. Cooper BSc MSc MD FRCPC : Use of a new videolaryngoscope (GlideScope®) in the management of a difficult airway ; CAN J ANESTH 2003 / 50: 6 / pp 611–613

Agnès Le Gouez, Hawa Keita : intubation difficile chez la femme enceinte ; le praticien en anesthésie-réanimation Volume 21, Issue 4, 2017, Pages 182-191

C.H. Maharaj et al Evaluation of the Airtraq® and Macintosh laryngoscopes in patients at increased risk for difficult tracheal intubation\* ; Anaesthesia, volume 63, Issue 2, February 2008, pages 182-188

T.Piepho et al : Performance of the C-MAC video laryngoscope in patients after a limited glottic view using Macintosh laryngoscopy ; Anaesthesia, volume 66, Issue 12, december 2011, pages 1101-1105

Matthieu Truc, Hervé Quintard : Intubation et extubation du patient de réanimation ; Anesthésie & Réanimation, Volume 4, Issue 2, 2018

O. Langeron, J.-L. Bourgain, D. Francon, J. Amour, C. Baillard, G. Bouroche, M. Chollet Rivier, F. Lenfant, B. Plaud, P. Schoettker, D. Fletcher, L. Velly, K. Nouette-Gaulain : Difficult intubation and extubation in adult anaesthesia, Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine, Volume 37, Issue 6, 2018, Pages 639-651

Christophe Dadure, Nada Sabourdin, Francis Veyckemans, Florence Babre, Nathalie Bourdaud, Souhayl Dahmani, Mathilde De Queiroz, Jean-Michel Devys, Marie-Claude Dubois, Delphine Kern, Anne Laffargue, Marc Laffon, Corinne Lejus-Bourdeau, Karine Nouette-Gaulain, Gilles Orliaguet, Étienne Gayat, Lionel Velly, Nadège Salvi, Chrystelle Sola : Gestion des voies aériennes de l'enfant, Anesthésie & Réanimation, Volume 5, Issue 5, 2019

Duwat A, Turbelin A, Petiot S, et al. [French national survey on difficult intubation in intensive care units]. Annales Francaises D'anesthésie et de Reanimation. 2014 May;33(5):297-303.

Y. Auroy et al : mortality related to anaesthesia in France : analysis of deaths related to airway complications ; Anaesthesia, 2009, 64, pages 366–370

Pierre Luxembourger, Ioana Podar, Frédérique Taron, Olivier Helms, Dominique Boisson-Bertrand, Paul-Michel Mertes : Does

	<p>video-assistance improve intubation conditions when using a Macintosh blade in routine anaesthesia induction : randomised controlled study using the MacGrath® MAC videolaryngoscope ; BJA</p> <p>Y. Auroy et al : Les critères prédictifs d'intubation difficile : étude de La traçabilité : à propos de l'analyse de 172803 dossiers d'anesthésie ; MAPAR 2012</p> <p>D.Roth et al : Bedside tests for predicting difficult airways : an abridged Cochrane diagnostic test accuracy systematic review ; Anaesthesia 2019, 74, 915–928</p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 15. SAR – Défaillance dans la détection précoce du sepsis postopératoire

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2022_010506
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tous les patients
<b>Type de prise en charge</b>	Toutes
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute intervention
<b>Résumé</b>	<p>L'infection est une complication redoutée qui peut survenir après tout type de chirurgie.</p> <p>Selon l'enquête iso-RAISIN 2018 le taux brut est de 1,64 % ; elle est au deuxième rang des infections associées aux soins. Près des 2/3 concernent des infections profondes ou d'organe et 49 % ont nécessité une reprise chirurgicale. La fréquence est corrélée au score NNIS.</p> <p>Le dépistage précoce du sepsis est un élément déterminant pour le pronostic. Le sepsis correspond à une ou plusieurs dysfonctions d'organes menaçant le pronostic vital, engendrées par la réponse dérégulée de l'hôte à une infection.</p> <p>Le choc septique est défini comme un sous-groupe de sepsis au cours duquel les perturbations circulatoires et cellulaires/métaboliques sont suffisamment profondes pour augmenter significativement le risque de mortalité.</p> <p>Les dysfonctions d'organes sont évaluées objectivement par des critères cliniques et biologiques rassemblés dans le score SOFA, avec une valeur seuil retenue supérieure ou égale à 2. Il existe par ailleurs un score de SOFA simplifié ou quick-SOFA qui permet un screening des patients à risque de sepsis.</p> <p>Parmi les EIAS déclarés sur cette thématique beaucoup concernent des retards de prise en charge du fait d'un retard de diagnostic ou de défauts de communication.</p>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Retard de diagnostic du sepsis</li> <li>➔ Prescription d'une antibiothérapie inadaptée</li> <li>➔ Retard à la prescription de l'antibiothérapie</li> <li>➔ Absence de réalisation des actes d'imagerie</li> <li>➔ Actes d'imagerie réalisés mais résultat non vu</li> <li>➔ Retard dans la réalisation des hémocultures</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Hémocultures faites mais résultat vu avec retard</li> <li>➔ Retard dans la réalisation ou la prise de connaissance des résultats des examens biologiques</li> <li>➔ Remplissage vasculaire insuffisant</li> <li>➔ Recours tardifs aux catécholamines</li> <li>➔ Mauvais choix de traitement vasopresseur (éphédrine)</li> <li>➔ Antibio prophylaxie non réalisée</li> <li>➔ Antibio prophylaxie inadaptée au contexte chirurgical</li> <li>➔ Retard de décision de reprise chirurgicale</li> <li>➔ Défaut de surveillance en post-opératoire</li> <li>➔ Sous-estimation de la situation clinique</li> <li>➔ Défaut de communication entre professionnels</li> <li>➔ Marbrures non détectées</li> <li>➔ Absence de dosage des gaz du sang</li> <li>➔ Retard au transfert en USC ou en réanimation</li> <li>➔ Retard pour l'obtention des résultats de l'antibiogramme</li> <li>➔ Hypotension négligée</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Antibiothérapie adaptée</li> <li>➔ Prescription et réalisation d'une antibiothérapie à large spectre dans la première heure</li> <li>➔ Réalisations des hémocultures avant d'administrer les antibiotiques</li> <li>➔ Lactate sérique mesuré dans les trois premières heures</li> <li>➔ Remplissage vasculaire en cas d'hypotension ou de lactate &gt;4 mmol/l</li> <li>➔ Remplissage par des cristalloïdes adapté au poids (30 ml/Kg dans les trois premières heures)</li> <li>➔ Administration de vasopresseur si l'hypotension ne répond pas au remplissage vasculaire initial pour obtenir une PAM &gt; 65 mm de Hg</li> <li>➔ Pose d'une VVC</li> <li>➔ Adaptation de l'antibiothérapie initiale selon le résultat de l'antibiogramme</li> <li>➔ Mise en place d'un cathéter artériel en cas d'utilisation des vasopresseurs</li> <li>➔ Stratégie d'appel d'un spécialiste en infectiologie</li> <li>➔ Eradication d'un foyer infectieux accessible</li> <li>➔ Retrait des dispositifs intravasculaires sources possibles du sepsis</li> <li>➔ Utilisation des corticoïdes en cas d'instabilité hémodynamique persistante malgré le remplissage et les vasopresseurs</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Perturbation de la fonction rénale</li> <li>➔ Troubles de l'hémostase</li> <li>➔ Acidose</li> <li>➔ Hypoxémie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Défaillance multi viscérale</li> <li>➔ Décès</li> <li>➔ Défaut de traçabilité des informations médicales et paramédicales</li> <li>➔ Thrombopénie</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Rechercher les ISO dans la base REX</li> <li>➔ Communication des résultats aux AR</li> <li>➔ Réalisation de protocoles de prise en charge</li> <li>➔ Diffusion du Quick-SOFA pour la surveillance post-opératoire</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p>Rhodes, A., Evans, L.E., Alhazzani, W. et al. Surviving Sepsis Campaign : International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. <i>Intensive Care Med</i> 43, 304–377 (2017).</p> <p>Weiss, S.L., Peters, M.J., Alhazzani, W. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. <i>Intensive Care Med</i> 46, 10–67 (2020).</p> <p>Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i>. 2016 ;315(8):801–810.</p> <p>Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W. et al. Surviving sepsis campaign : international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. <i>Intensive Care Med</i> 47, 1181–1247 (2021).</p> <p>Plaeke, P., De Man, J.G., Coenen, S. et al. Clinical- and surgery-specific risk factors for post-operative sepsis : a systematic review and méta-analysis of over 30 million patients. <i>Surg Today</i> 50, 427–439 (2020).</p> <p>Ou, L., Chen, J., Hillman, K. et al. The impact of post-operative sepsis on mortality after hospital discharge among elective surgical patients : a population-based cohort study. <i>Crit Care</i> 21, 34 (2017).</p> <p>Chun-Yo Laih et al : QSOFA and SOFA scores are valuable tools for predicting postoperative sepsis resulting from ureteroscopic lithotripsy (URSL) ; research square, <a href="https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-709356/v1">https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-709356/v1</a></p> <p>Ren-qi Yao<sup>1,2†</sup>, Xin Jin<sup>3†</sup>, Guo-wei Wang<sup>4†</sup>, Yue Yu<sup>5†</sup>, Guo-sheng Wu<sup>2</sup>, Yi-bing Zhu<sup>6</sup>, Lin Li<sup>4</sup>, Yu-xuan Li<sup>7</sup>, Peng-yue Zhao<sup>7</sup>, Sheng-yu Zhu<sup>7</sup>, Zhao-fan Xia<sup>2</sup>, Chao Ren<sup>1*</sup> and Yong-ming Yao<sup>1*</sup> : A Machine Learning-Based Prediction of Hospital Mortality in Patients With Postoperative Sepsis ; <a href="https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00445">https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00445</a></p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non

## Evaluation du risque

Fréquence 4 \* Gravité 4 = Criticité 16

## Annexe 16. SAR – Arrêt Cardiaque Intra-hospitalier (ACIH)

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2024_010557
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient hospitalisé victime d'un arrêt cardiaque, avec tentative de réanimation, lors du séjour en unité de soin conventionnelle, en réanimation et soins intensifs, en ambulatoire ou pendant le passage aux urgences.
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire, Urgence, Réanimation, Soins intensifs
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Fibrillation ventriculaire, Tachycardie ventriculaire, Asystolie, Dissociation électromécanique.
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Hospitalisation.
<b>Résumé</b>	<p>L'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des deux dernières décennies qui ont conduit à en faire un cadre nosologique spécifique et fondamentalement différent de l'arrêt cardiaque extrahospitalier. En effet, les patients, les circonstances de survenue, les diagnostics rattachés, la prise en charge immédiate, et le pronostic à court et moyen terme sont spécifiquement liés à la nature intra-hospitalière de l'arrêt cardiaque.</p> <p>L'incidence de l'ACIH se calcule en densité d'incidence (n/1000 admissions ou passages). De manière globale, on estime l'incidence de survenue à 5 / 1000 hospitalisations ou passages. Ce chiffre est variable (min : 1.6/1000 ; max : 10/1000) en fonction de l'activité principale de l'établissement (MCO, SSR, Hôpital Mère-Enfant par exemple), du mode de recrutement (Urgences ou hospitalisations programmées), du type d'unité étudiée (Réanimation, hospitalisation conventionnelle etc ...). Des variations existent également en fonction de la zone géographique du fait des différences dans le mode de déclaration et d'enregistrement des événements. A titre d'exemples : le registre national danois (DANNARREST) retrouve une incidence de 1.8/1000, le registre japonais (2011-2017) 5.1/1000, l'audit britannique (NCAA 2011 – 2021) 1.6/1000, le registre américain (GWTG-R) 9.7/1000.</p> <p>Le pronostic de l'ACIH est grevé d'une mortalité considérable. On distingue communément la survie immédiate (post-RCP), la survie Hospitalière, la survie à 30 jours ou 1 an, avec ou sans dégâts neurologiques (CPC score). Globalement, les ordres de grandeur sont de 50% de survie immédiate, 20-30% de survie hospitalière et 10-13% de survie à 1 an avec score CPC 1.</p>

Il n'existe actuellement aucune donnée française. La situation épidémiologique française peut être approchée en transposant les données précédentes. Soit pour 12.500.000 hospitalisations (2018) annuelles et une incidence d'ACIH de 4 à 5/1000 admissions : 50 à 60.000 ACIH annuels et 40 à 50.000 décès annuels.

Les ACIH sont une pathologie sensible aux interventions destinées à en limiter la gravité. Les recommandations internationales préconisent un certain nombre d'interventions et de modifications organisationnelles afin de mieux prendre en charge les ACIH : numéro d'urgence unique, DAE dans toutes les zones de soins, formation continue des personnels (simulation) etc ... Une étude américaine montre que pour chaque progression de score composite de performance de 10%, la survie des ACIH augmente de 22%. La seule étude française disponible montre que à la suite de la mise en place 8 interventions ciblées sur 12 ans, la survie hospitalière est améliorée de 30%. De manière intéressante, il est démontré que la seule participation à un registre prospectif de déclaration des ACIH est un élément d'amélioration de la survie et est de ce fait la recommandation n°1 de l'ERC (2021). A l'échelle nationale ces données suggèrent donc que 3000 à 5000 décès annuels pourraient être évités.

Il apparait donc absolument nécessaire de mettre en place et de diffuser des solutions de sécurité pour la prise en charge des ACIH au sein des établissements de soins français.

### Causes immédiates

- ➔ Ischémie myocardique - STEMI
- ➔ Insuffisance respiratoire aigue
- ➔ Etat de choc septique
- ➔ Etat de choc hémorragique
- ➔ Etat de choc cardiogénique
- ➔ Polytraumatisme (y compris brûlures étendues)
- ➔ Choc anaphylactique
- ➔ Absence de protocole de secours intra-hospitalier
- ➔ Absence / défaut de chariot d'urgence vitale
- ➔ Non reconnaissance de signes de détérioration clinique
- ➔ Méconnaissance / Absence de mise en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire de base
- ➔ Période de la journée critique
- ➔ Surcharge de travail
- ➔ Changement d'équipe
- ➔ Méconnaissance de la procédure de secours intra-hospitalier
- ➔ Problème de communication entre les soignants
- ➔ Pas d'identification du médecin référent du patient en post opératoire
- ➔ Défaut d'identification de facteurs de risque (cardiopathie ischémique, allergie médicamenteuse connue, intubation difficile)
- ➔ Défaut d'évaluation pré-opératoire

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Degré d'urgence et programmation chirurgicale</li> <li>➔ Défaut de monitoring et de recueil des signes vitaux</li> <li>➔ Défaut de surveillance pendant les phases transitionnelles (transport intra-hospitalier, examens radiologiques)</li> <li>➔ Absence de protocole de définition des tâches en péri-opératoire (SSP3)</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Monitoring continu</li> <li>➔ Monitoring hémodynamique invasif / non invasif ciblé</li> <li>➔ Remplissage vasculaire adéquat</li> <li>➔ Système d'alerte intra-hospitalier (numéro unique, code de déclenchement)</li> <li>➔ Déclenchement de l'utilisation d'un chariot d'urgence</li> <li>➔ Mise en œuvre sans délai d'un Défibrillateur / DSA</li> <li>➔ Mise en œuvre sans délai d'un Massage Cardiaque Externe (MCE)</li> <li>➔ Appel de renfort Médical / Paramédical</li> <li>➔ Prise en compte d'une défaillance hémodynamique préopératoire</li> <li>➔ Intervention après optimisation hémodynamique</li> <li>➔ Optimisation du débit cardiaque et de l'oxygénation</li> <li>➔ SSP3 coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Prolongement de l'hospitalisation</li> <li>➔ Séquelles neurologiques graves</li> <li>➔ Séquelles cardiovasculaires graves</li> <li>➔ Défaillance multiorganique</li> <li>➔ Décès</li> <li>➔ Retard de sortie</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>La maîtrise du risque lié à l'ACPO se décline en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Diagnostic précoce de l'ACPO et du rythme initial (monitorage).</li> <li>➔ Existence d'une procédure d'alerte interne spécifique de l'AC au sein de chaque bloc opératoire.</li> <li>➔ Mise en œuvre immédiate des manœuvres de sauvetage de base (MCE + Défibrillation + Contrôle ventilatoire + injection d'Adrénaline IV).</li> <li>➔ Existence d'une procédure de RCP avancée.</li> <li>➔ Existence d'une possibilité de transfert précoce en secteur de réanimation (interne ou en convention inter-hospitalière) pour suite de soins.</li> <li>➔ Existence d'un Comité des Urgences vitales intra-hospitalières.</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	<p>J. Penketh, In-hospital cardiac arrest : the state of the art. Critical Care 2022 ; 24 : 376-384.</p>

	<p>Thompson LE, Long-term survival trends of medicare patients after in-hospital cardiac arrest: insights from get with the guidelines-resuscitation(®). Resuscitation. 2018 ; 123 : 58–64.</p> <p>Andersson A, In-hospital versus out-of-hospital cardiac arrest: Characteristics and outcomes in patients admitted to intensive care after return of spontaneous circulation. Resuscitation. 2022 ; 176 : 1–8</p> <p>Andersen LW, Adult in-hospital cardiac arrest in Denmark. Resuscitation. 2019 ; 140 : 31–6</p> <p>Ohbe H, Incidence and outcomes of in-hospital cardiac arrest in Japan 2011–2017 : a nationwide inpatient database study. J Intensive Care. 2022 ; 10 :10.</p> <p>NCAA. National Cardiac Arrest. Audit key statistics. <a href="https://www.ic-narc.org/DataServices/Attachments/Download/510fe606-a30b-ea11-911e-00505601089b">https://www.ic-narc.org/DataServices/Attachments/Download/510fe606-a30b-ea11-911e-00505601089b</a></p> <p>Yonis H, Long-term outcomes after in-hospital cardiac arrest: 30-day survival and 1-year follow-up of mortality, anoxic brain damage, nursing home admission and in-home care. Resuscitation. 2020 ; 157 : 23–31.</p> <p>PerkinsGD, European Resuscitation Council Guidelines 2021, Resuscitation. 2021 ; 161 : 1 – 60.</p> <p>Anderson ML, Association between hospital process composite performance and patient outcomes after in-hospital cardiac arrest care. JAMA Cardiol. 2016 ;1 : 37–45.</p> <p>Burtin P. Interventions to improve in-hospital cardiac arrest (IHCA) survival rate - a single center report. Eur. J. Anesth. 2016 ; 33 suppl. 54 : 420-21.</p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	QUE_2024_001228
<b>Evaluation du risque</b>	<p>Fréquence 2 * Gravité 5 = Criticité 10</p> <p>La survenue d'ACPO est certaine quelle que soit la structure et l'activité ; la mortalité hospitalière est au minimum de 70%.</p>

## Annexe 17. SAR – Arrêt Cardiaque Périopératoire (ACPO)

<b>Référence SIAM 2</b>	SAR_2024_010558
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient hospitalisé pour intervention chirurgicale ou accouchement, dans le délai compris entre l'entrée au bloc opératoire (chirurgical, interventionnel, salle d'accouchement) à la sortie de la SSPI.
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire, Urgence, Réanimation
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Fibrillation ventriculaire, Tachycardie ventriculaire, Asystolie, Dissociation électromécanique.
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute intervention y compris accouchement voie basse et cardiologie interventionnelle.
<b>Résumé</b>	<p>L'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des deux dernières décennies qui ont conduit à en faire un cadre nosologique spécifique et fondamentalement différent de l'arrêt cardiaque extrahospitalier. En effet, les patients, les circonstances de survenue, les diagnostics rattachés, la prise en charge immédiate, et le pronostic à court et moyen terme sont spécifiquement liés à la nature intra-hospitalière de l'arrêt cardiaque.</p> <p>L'incidence de l'ACIH se calcule en densité d'incidence (n/1000 admissions ou passages). De manière globale, on estime l'incidence de survenue à 5 / 1000 hospitalisations ou passages. Ce chiffre est variable (min : 1.6/1000 ; max : 10/1000) en fonction de l'activité principale de l'établissement (MCO, SSR, Hôpital Mère-Enfant par exemple), du mode de recrutement (Urgences ou hospitalisations programmées), du type d'unité étudiée (Réanimation, hospitalisation conventionnelle etc ...). Des variations existent également en fonction de la zone géographique du fait des différences dans le mode de déclaration et d'enregistrement des événements. A titre d'exemples : le registre national danois (DANNARREST) retrouve une incidence de 1.8/1000, le registre japonais (2011-2017) 5.1/1000, l'audit britannique (NCAA 2011 – 2021) 1.6/1000, le registre américain (GWTG-R) 9.7/1000.</p> <p>Le pronostic de l'ACIH est grevé d'une mortalité considérable. On distingue communément la survie immédiate (post-RCP), la survie Hospitalière, la survie à 30 jours ou 1 an, avec ou sans dégâts neurologiques (CPC score). Globalement, les ordres de grandeur sont de 50% de survie immédiate, 20-30% de survie hospitalière et 10-13% de survie à 1 an avec score CPC 1.</p>

Il n'existe actuellement aucune donnée française. La situation épidémiologique française peut être approchée en transposant les données précédentes. Soit pour 12.500.000 hospitalisations (2018) annuelles et une incidence d'ACIH de 4 à 5/1000 admissions : 50 à 60.000 ACIH annuels et 40 à 50.000 décès annuels.

Les ACIH sont une pathologie sensible aux interventions destinées à en limiter la gravité. Les recommandations internationales préconisent un certain nombre d'interventions et de modifications organisationnelles afin de mieux prendre en charge les ACIH : numéro d'urgence unique, DAE dans toutes les zones de soins, formation continue des personnels (simulation) etc ... Une étude américaine montre que pour chaque progression de score composite de performance de 10%, la survie des ACIH augmente de 22%. La seule étude française disponible montre que à la suite de la mise en place 8 interventions ciblées sur 12 ans, la survie hospitalière est améliorée de 30%. De manière intéressante, il est démontré que la seule participation à un registre prospectif de déclaration des ACIH est un élément d'amélioration de la survie et est de ce fait la recommandation n°1 de l'ERC (2021). A l'échelle nationale ces données suggèrent donc que 3000 à 5000 décès annuels pourraient être évités.

Les arrêts cardiaques péri-opératoires (ACPO) représentent un sous-groupe particulier des ACIH. Un audit de prévalence des déclarations d'EIAS par le CFAR (non publié) montre un taux de déclaration de 3 à 4 ACPO / semaine avec une mortalité hospitalière d'environ 80%. Il apparaît donc absolument nécessaire de mettre en place et de diffuser des solutions de sécurité pour la prise en charge des ACPO et ACIH au sein des établissements de soins français.

### Causes immédiates

- ➔ Ischémie myocardique - STEMI
- ➔ Insuffisance respiratoire aigue
- ➔ Etat de choc septique
- ➔ Etat de choc hémorragique
- ➔ Etat de choc cardiogénique
- ➔ Polytraumatisme (y compris brûlures étendues)
- ➔ Choc anaphylactique
- ➔ Absence de protocole de secours intra-hospitalier
- ➔ Absence / défaut de chariot d'urgence vitale
- ➔ Non reconnaissance de signes de détérioration clinique
- ➔ Méconnaissance / Absence de mise en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire de base.
- ➔ Période de la journée critique
- ➔ Surcharge de travail
- ➔ Changement d'équipe
- ➔ Méconnaissance de la procédure de secours intra-hospitalier
- ➔ Problème de communication entre les soignants

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Pas d'identification du médecin référent du patient en post opératoire</li> <li>➔ Défaut d'identification de facteurs de risque (cardiopathie ischémique, allergie médicamenteuse connue, intubation difficile)</li> <li>➔ Défaut d'évaluation pré-opératoire</li> <li>➔ Degré d'urgence et programmation chirurgicale</li> <li>➔ Défaut de monitoring et de recueil des signes vitaux</li> <li>➔ Défaut de surveillance pendant les phases transitionnelles (transport intra-hospitalier, examens radiologiques)</li> <li>➔ Absence de protocole de définition des tâches en péri-opératoire (SSP3)</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Monitoring continu</li> <li>➔ Monitoring hémodynamique invasif / non invasif ciblé</li> <li>➔ Remplissage vasculaire adéquat</li> <li>➔ Système d'alerte intra-hospitalier (numéro unique, Code de déclenchement)</li> <li>➔ Déclenchement de l'utilisation d'un chariot d'urgence</li> <li>➔ Mise en œuvre sans délai d'un Défibrillateur / DSA</li> <li>➔ Mise en œuvre sans délai d'un Massage Cardiaque Externe (MCE)</li> <li>➔ Appel de renfort Médical / Paramédical</li> <li>➔ Prise en compte d'une défaillance hémodynamique préopératoire</li> <li>➔ Intervention après optimisation hémodynamique</li> <li>➔ Optimisation du débit cardiaque et de l'oxygénation</li> <li>➔ SSP3 coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Prolongement de l'hospitalisation</li> <li>➔ Séquelles neurologiques graves</li> <li>➔ Séquelles cardiovasculaires graves</li> <li>➔ Défaillance multiorganique</li> <li>➔ Décès</li> <li>➔ Retard de sortie</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>La maîtrise du risque lié à l'ACPO se décline en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Diagnostic précoce de l'ACPO et du rythme initial (monitorage).</li> <li>➔ Existence d'une procédure d'alerte interne spécifique de l'AC au sein de chaque bloc opératoire.</li> <li>➔ Mise en œuvre immédiate des manœuvres de sauvetage de base (MCE + Défibrillation + Contrôle ventilatoire + injection d'Adrénaline IV).</li> <li>➔ Existence d'une procédure de RCP avancée.</li> <li>➔ Existence d'une possibilité de transfert précoce en secteur de réanimation (interne ou en convention inter-hospitalière) pour suite de soins.</li> </ul>

	→ Existence d'un Comité des Urgences vitales intra-hospitalières.
<b>Bibliographie</b>	<p>J. Penketh, In-hospital cardiac arrest : the state of the art. Critical Care 2022 ; 24 : 376-384.</p> <p>Thompson LE, Long-term survival trends of medicare patients after in-hospital cardiac arrest: insights from get with the guidelines-resuscitation(®). Resuscitation. 2018 ; 123 : 58–64.</p> <p>Andersson A, In-hospital versus out-of-hospital cardiac arrest: Characteristics and outcomes in patients admitted to intensive care after return of spontaneous circulation. Resuscitation. 2022 ; 176 : 1–8</p> <p>Andersen LW, Adult in-hospital cardiac arrest in Denmark. Resuscitation. 2019 ; 140 : 31–6</p> <p>Ohbe H, Incidence and outcomes of in-hospital cardiac arrest in Japan 2011–2017 : a nationwide inpatient database study. J Intensive Care. 2022 ; 10 :10.</p> <p>NCAA. National Cardiac Arrest. Audit key statistics. <a href="https://www.ic-narc.org/DataServices/Attachments/Download/510fe606-a30b-911e-00505601089b">https://www.ic-narc.org/DataServices/Attachments/Download/510fe606-a30b-911e-00505601089b</a></p> <p>Yonis H, Long-term outcomes after in-hospital cardiac arrest: 30-day survival and 1-year follow-up of mortality, anoxic brain damage, nursing home admission and in-home care. Resuscitation. 2020 ; 157 : 23–31.</p> <p>PerkinsGD, European Resuscitation Council Guidelines 2021, Resuscitation. 2021 ; 161 : 1 – 60.</p> <p>Anderson ML, Association between hospital process composite performance and patient outcomes after in-hospital cardiac arrest care. JAMA Cardiol. 2016 ;1 : 37–45.</p> <p>Burtin P. Interventions to improve in-hospital cardiac arrest (IHCA) survival rate - a single center report. Eur. J. Anesth. 2016 ; 33 suppl. 54 : 420-21.</p>
<b>Documents joints</b>	Non
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	QUE_2024_001228
<b>Evaluation du risque</b>	<p>Fréquence 2 * Gravité 5 = Criticité 10</p> <p>La survenue d'ACPO est certaine quelle que soit la structure et l'activité ; la mortalité hospitalière est au minimum de 70%.</p>

## Annexe 18. SAR – Effet tunnel

Référence SIAM 2	SAR_2024_010559
Création	2024
Mise à jour	
Caractéristiques des patients	Tous les patients
Type de prise en charge	Tout type de prise en charge
Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement	Tout type de diagnostic
Intervention(s) concernée(s)	Toute intervention
Résumé	<p>L'effet tunnel (ou « tunnelisation » attentionnelle) est défini comme toute situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend, ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable associé aux soins (EIAS).</p> <p><b>Cette fixation de l'attention entraîne une fermeture mentale aux autres possibilités avec disparition de tout esprit critique.</b> Ce quasi-blocage n'est pas perçu par le praticien et peut apparaître, vu de l'extérieur, comme une obstination. La pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. Ainsi, par exemple, l'opérateur persiste à vouloir réaliser un geste sur un patient malgré les échecs répétés d'essais itératifs, alors que la situation clinique du patient se dégrade. D'autres facteurs peuvent contribuer à cet effet tunnel : l'inexpérience, le manque de concentration, une charge de travail élevée, la fatigue, une trop grande confiance en soi, des conflits au sein de l'équipe...</p> <p>Nous évoluons dans un environnement complexe, avec un grand nombre de données à intégrer et analyser, mais nous disposons de capacités cognitives limitées. C'est pourquoi nous utilisons au quotidien des raccourcis mentaux, qui nous permettent de prendre des décisions rapides et le plus souvent fiables. Ceux-ci nous sont indispensables mais peuvent parfois être source d'erreurs, s'ils sont utilisés dans la mauvaise situation : il s'agit alors de biais cognitifs, dont fait partie l'effet tunnel.</p> <p>Cette situation à risque a conduit à l'élaboration d'une SSP qui propose une liste de solutions pour limiter la survenue et les conséquences d'un effet tunnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sensibiliser au fonctionnement cognitif et à ses failles ;</li> <li>– assurer un contexte organisationnel et humain favorable ;</li> <li>– identifier les situations à risque ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mobiliser les outils disponibles (alarmes, check-lists, protocoles, etc.) ;</li> <li>- mettre en pratique la métacognition (analyser son raisonnement), le <i>slowing down</i> (ralentir), faire un temps de pause ;</li> <li>- appeler à l'aide si besoin (l'équipe ou un confrère).</li> </ul>
<b>Causes immédiates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Fixation de l'attention sur l'action à entreprendre entraînant une fermeture mentale aux autres possibilités</li> <li>➔ Disparition de tout esprit critique</li> </ul>
<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Sensibiliser au fonctionnement cognitif et à ses failles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation théorique ou en simulation à l'effet tunnel</li> <li>• Formation à la métacognition</li> </ul> </li> <li>➔ Assurer un contexte organisationnel et humain favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'environnement de travail (moyens humains suffisants, équipements techniques fonctionnels...)</li> <li>• Améliorer le travail en équipe (culture sécurité, formation aux compétences non techniques...)</li> </ul> </li> <li>➔ Identifier les situations à risque <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrichir les analyses collectives d'EIAS d'une analyse de la responsabilité des biais cognitifs dans la survenue d'un EIAS</li> <li>• S'appuyer sur l'équipe lorsqu'une situation particulièrement à risque de survenue d'un effet tunnel est identifiée (briefing préopératoire)</li> </ul> </li> <li>➔ Mobiliser les outils disponibles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarmes sonores et visuelles</li> <li>• Prises en charge protocolées</li> </ul> </li> <li>➔ Mettre en pratique la métacognition pour détecter l'effet tunnel</li> <li>➔ Appeler à l'aide</li> <li>➔ Mettre en pratique le <i>slowing down</i> (ralentir), voire faire un temps de pause</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	Variables selon le geste considéré, de mineure (échec de ponction), majeur (erreur de côté) à catastrophique (échec d'oxygénation)
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	<p>Diffusion de la SSP « L'effet tunnel en santé »</p> <p>Identification des biais cognitifs lors de l'analyse des EIAS</p> <p>Favoriser le travail en équipe et l'appel à l'aide</p>
<b>Bibliographie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Norman E, Pfuhl G, Saele RG, Svardal F, Lag T, Dahl RI. Metacognition in psychology. Rev Gen Psychol 2019;23(4):403-24. dx.doi.org/10.1177/1089268019883821</li> </ol>

2. Ragau S, Hitchcock R, Craft J, Christensen M. Using the HALT model in an exploratory quality improvement initiative to reduce medication errors. *Br J Nurs* 2018;27(22):1330-5. [dx.doi.org/10.12968/bjon.2018.27.22.1330](https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.22.1330)
3. Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. *Anesthésie & Réanimation* 2021;7(3):218-29. [dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2021.04.011](https://doi.org/10.1016/j.anrea.2021.04.011)
4. Croskerry P. *The Cognitive autopsy: a root cause analysis of medical decision making*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
5. Hafenbrädl S, Waeger D, Marewski JN, Gigerenzer G. Applied decision making with fast-and-frugal heuristics. *J Appl Res Mem Cogn* 2016;5(2):215-31. [dx.doi.org/10.1016/j.jarmac.2016.04.011](https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2016.04.011)
6. Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med* 2011;86(3):307-13. [dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820824cd](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820824cd)
7. Kahneman D. *Système 1, système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Paris: Flammarion; 2012. [ia803105.us.archive.org/32/items/Systeme1Systeme2Les-DeuxVitessesDeLaPenseeDanielKahneman/Systeme%201%2CSys-teme%202%20%2CLe%20deux%20vitesses%20de%20la%20pensee%20-Daniel%20Kahneman.pdf](https://ia803105.us.archive.org/32/items/Systeme1Systeme2Les-DeuxVitessesDeLaPenseeDanielKahneman/Systeme%201%2CSys-teme%202%20%2CLe%20deux%20vitesses%20de%20la%20pensee%20-Daniel%20Kahneman.pdf)
8. Moulton CA, Regehr G, Lingard L, Merritt C, MacRae H. Slowing down to stay out of trouble in the operating room: remaining attentive in automaticity. *Acad Med* 2010;85(10):1571-7. [dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f073dd](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f073dd)
9. Haute Autorité de Santé. POUR – DÉCider : une aide cognitive en cas de situation inattendue. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/3\\_outil\\_pour\\_decider.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/3_outil_pour_decider.pdf)
10. Kurvers RH, Herzog SM, Hertwig R, Krause J, Carney PA, Bogart A, et al. Boosting medical diagnostics by pooling independent judgments. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016;113(31):8777-82. [dx.doi.org/10.1073/pnas.1601827113](https://doi.org/10.1073/pnas.1601827113)
11. Pronin E, Lin DY, Ross L. The bias blind spot: perceptions of bias in self versus others. *Pers Soc Psychol Bull* 2002;28(3):369-81. [dx.doi.org/10.1177/0146167202286008](https://doi.org/10.1177/0146167202286008)
12. Collège français des anesthésistes réanimateurs. Soignant « seconde victime » : comment accompagner un professionnel à la suite d'un accident ou d'une erreur en anesthésie-réanimation? Paris: CFAR; 2016.

	<p>sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/fiche-cfar-seconde-victime.pdf</p> <p>13. Howard J. Cognitive errors and diagnostic mistakes: a case-based guide to critical thinking in medicine. Berlin: Springer; 2019.</p> <p>14. O'Sullivan ED, Schofield SJ. Cognitive bias in clinical medicine. J R Coll Physicians Edinb 2018;48(3):225-32. <a href="https://doi.org/10.4997/jrcpe.2018.306">dx.doi.org/10.4997/jrcpe.2018.306</a></p> <p>15. Bourgeon L. Mécanismes cognitifs et rôle du collectif dans la persévération : gestion des événements imprévus dans l'activité de pilotage militaire (Volume 1) [Docteur en psychologie]. Toulouse: Université Toulouse 2 Le Mirail ; 2011.</p> <p>16. de Keyser V, Woods D. Fixation errors in dynamics and complex systems. Dans: Colombo A, Saiz de Bulsamante A, ed. Systems reliability assessment. Dordrecht: Kluwer Academic Press; 1990. p. 231-51.</p> <p>17. de Cassai A, Negro S, Geraldini F, Boscolo A, Sella N, Munari M, et al. Inattention blindness in anesthesiology: a gorilla is worth one thousand words. PLoS ONE 2021;16(9):e0257508. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257508">dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0257508</a></p>
<b>Documents joints</b>	SSP L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/l-ef-fet-tunnel-en-sante-comment-en-venir-a-bout.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/l-ef-fet-tunnel-en-sante-comment-en-venir-a-bout.pdf</a>
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 3 * Gravité 4 = Criticité 12

## Annexe 19. SAR – Téléconsultation

Référence SIAM 2	SAR_2024_010560
Création	2024
Mise à jour	
Caractéristiques des patients	Tous les patients bénéficiant d'une téléconsultation
Type de prise en charge	Chirurgie programmée en hospitalisation complète ou en ambulatoire
Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement	Tout type de diagnostic
Intervention(s) concernée(s)	Toute intervention
Résumé	<p><b>Résumé</b></p> <p>La pandémie à COVID-19 a permis une avancée spectaculaire pour le recours à la téléconsultation en autorisant son remboursement pour des patients n'ayant pas été préalablement vus dans l'année. Cette pratique est déjà validée par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation si elle revêt toutes les caractéristiques d'une consultation en cabinet, en dehors de l'examen physique.</p> <p>L'OA CFAR souhaite définir une situation à risque liée à une éventuelle défaillance de la Téléconsultation afin de pouvoir analyser d'éventuels nouveaux risques liés à cette modification des pratiques. Parmi les critères de qualité qui pourront à terme être analysés on pourrait retenir les éléments suivants : (i) Taux de conversion en consultation présenteielle, (ii) Taux d'annulation ou de report de l'intervention lors de la VPA.</p> <p>Les points clés devant être respectés pour que la téléconsultation s'intègre dans une amélioration du parcours patient sont les suivants.</p> <p><b>1 - Information du patient</b></p> <p>Le choix d'une téléconsultation ou d'une consultation présenteielle doit être laissé au libre arbitre du patient. La téléconsultation doit rester une alternative apportant le même niveau de sécurité qu'une consultation présenteielle. Une téléconsultation doit pouvoir être interrompue à la demande du praticien ou du patient et conduire à une convocation en présenteiel.</p> <p><b>2 - Critères d'éligibilité</b></p> <p>Chaque praticien ou service d'anesthésie doit définir ses propres critères d'éligibilité pour la téléconsultation.</p> <p><b>3 - Déroulement de la téléconsultation d'anesthésie</b></p> <p>À l'instar de la consultation présenteielle, la téléconsultation doit être réalisée au moins 48 heures avant une chirurgie élective programmée.</p>

- ➔ La téléconsultation optimisée (= vidéo consultation) doit être réalisée en visioconférence par l'intermédiaire d'une connexion sécurisant le transfert de données médicales (Respect du Règlement Général sur la Protection des Données).
- ➔ L'anesthésiste doit être dans des locaux permettant de respecter la confidentialité des échanges et donc la préservation du secret médical.
- ➔ Au démarrage de la téléconsultation :
  - Authentification du professionnel médical (article R. 6316-3 du CSP)
  - Identification du patient et de l'accompagnant si présent
- ➔ Enregistrement du compte-rendu dans le dossier patient tenu par le professionnel médical : compte-rendu de la réalisation de l'acte, date et heure de l'acte. (article R. 6316-4 du CSP)

Le patient peut être assisté par un(e) Infirmier(e) diplômé(e) d'état conformément à l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019.

#### **4 - Période entre la consultation d'anesthésie et l'admission**

Le patient doit pouvoir contacter le praticien ou le service d'anesthésie entre la consultation et la date d'admission.

#### **5 - Déroulement de l'admission du patient pré-opératoire**

La visite pré-anesthésique devra veiller à la validation des critères d'évaluation physique relevés lors de la téléconsultation.

#### **6 - Évaluation de la pratique : critères de qualité**

Taux de conversion en consultation présentielle

Taux d'annulation ou de report de l'intervention lors de la VPA

### **Causes immédiates**

- ➔ Défaut d'identification d'un antécédent
- ➔ Défaut de communication d'un traitement
- ➔ Défaut d'évaluation du risque d'intubation difficile
- ➔ Défaut d'évaluation du risque de bris dentaire
- ➔ Défaut d'évaluation du risque d'abord veineux difficile
- ➔ Défaut de détection d'anomalie identifiable à l'examen clinique
- ➔ Défaut de réalisation d'un examen complémentaire
- ➔ Non-respect des consignes de gestion préopératoire du traitement habituel
- ➔ Non-respect des prescriptions préopératoires médicamenteuses
- ➔ Non-respect des prescriptions de jeun
- ➔ Défaut d'information
- ➔ Défaut de récupération du consentement
- ➔ Défaut matériel de communication

<b>Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Poursuite de téléconsultation par téléphone</li> <li>➔ Programmation d'une consultation présentielle</li> <li>➔ Visite pré-anesthésique</li> </ul>
<b>Conséquences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Déprogrammation</li> <li>➔ Difficulté de gestion des voies aériennes</li> <li>➔ Difficulté de gestion des abords veineux</li> <li>➔ Complications de type hémorragie ou thrombose</li> <li>➔ Complications de type hémodynamique</li> <li>➔ Complications de type respiratoire</li> <li>➔ Complications de type métabolique</li> </ul>
<b>Facteurs clés de sécurité</b>	Respect des points-clés identifiés par la SFAR (résumé)
<b>Bibliographie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <a href="https://sfar.org/teleconsultation-en-anesthesie-mode-dem-ploi">https://sfar.org/teleconsultation-en-anesthesie-mode-dem-ploi</a></li> <li>2. Outils pratiques du CAMR : <a href="https://sfar.org/teleconsultation-danesthesie/">https://sfar.org/teleconsultation-danesthesie/</a></li> </ol>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité concernés</b>	Tous
<b>Questionnaire d'analyse approfondie</b>	Non
<b>Evaluation du risque</b>	Fréquence 4 * Gravité 2 = Criticité 8

## Annexe 20. Questionnaire d'analyse approfondie – Arrêt cardiaque intra-hospitalier / Arrêt cardiaque au bloc opératoire

Lorsque le médecin déclare un évènement indésirable associé aux soins associé aux situations à risques « Arrêt cardiaque intra-hospitalier » ou « Arrêt cardiaque au bloc opératoire », le questionnaire suivant apparait dans la déclaration.

\* pour les questions obligatoires.

### Etablissement

Nombre de lits dans l'établissement (*choix unique*)\*

- < 200
- 200 à 300
- 300 à 500
- 500 à 1000
- > 1000

Nombre de lits monitorés (*texte court*)\*

Nombre de passages annuels au bloc opératoire (*choix unique*)\*

- < 1000
- 1000 à 2 500
- 2 500 à 5 000
- 5 000 à 10 000
- > 10 000

Organisation des urgences internes - Il existe : (*choix multiple*)

- un service pédiatrie
- un numéro d'appel / une procédure d'alerte
- une équipe de secours interne dédiée
- un chariot d'urgence par unité de soin
- un DSA sur chaque chariot
- un contenu standardisé unique pour tous les chariots
- un sac de secours mobile
- une déclaration spécifique / prioritaire des ACR
- une procédure de déclaration spécifique des ACIH / ACPO par l'encadrement

### Le patient

Age (*texte court*)\*

Genre (*choix unique*)\*

- masculin
- féminin

Situation clinique pré ACR (*choix multiple*)

- arrêt cardiaque pré-hospitalier
- sepsis

- grossesse en cours
- cancer en évolution / en cours de traitement / métastasé
- atteintes / séquelles neurologique pré-existantes
- IRC dialysée
- ventilation / VNI
- choc hémorragique
- support inotrope / vasopresseur IV
- cardiopathie ischémique
- cardiopathie non ischémique

### Situation pré-ACR

Hospitalisation / Ambulatoire / Urgences (*choix unique*)\*

- hospitalisation
- ambulatoire
- patient admis aux urgences

Motif d'entrée (*choix unique*)\*

- médecine
- chirurgie
- obstétrique
- psychiatrie

Délai hospitalisation – ACR (en jours, 0 si ambulatoire) (*texte court*)\*

Si anesthésie en cours ou avant ACR (*choix unique*)

- AG
- ALR
- AG + ALR
- sédation monitorée

Accouchement / césarienne en cours ou avant ACR (*choix unique*)\*

- Oui
- Non

SpO2 30 min avant ACR (*texte court*)

Fc 30 min avant ACR (*texte court*)

PAS 30 min avant ACR (*texte court*)

### Prise en charge ACR

Date ACR (année) (*texte court*)\*

Heure ACR (0-24) (*texte court*)\*

Localisation ACR (*choix unique*)\*

- Hospitalisation conventionnelle

- Réanimation
- USC
- USIC
- Urgences
- Radiologie
- Bloc chirurgical
- Bloc endoscopie
- Salle de cathétérisme
- SSPI
- Transport intrahospitalier

Témoin présent / monitoring en cours (*choix unique*)\*

- Oui
- Non

En cas d'intervention en cours, l'ACR est-il en lien direct avec celle-ci ? (ex : perforation coronaire per-coronarographie, inhalation pré-endoscopie, choc hémorragique per-chirurgie, etc.) (*choix unique*)

- Oui
- Non

En cas d'anesthésie en cours, l'ACR est-il en lien direct avec la technique d'anesthésie ? (ex : surdosage d'anesthésique local, choc anaphylactique, défaut de contrôle des voies aériennes supérieures, défaut de monitoring, etc.) (*choix unique*)

- Oui
- Non

Un massage cardiaque externe a-t-il été réalisé ? (*choix unique*)\*

- Oui
- Non

Délai entre le constat de l'ACR et le 1<sup>er</sup> massage cardiaque externe (no flow, min) (*texte court*)\*

Rythme initial (*choix unique*)\*

- Fibrillation ventriculaire - FV
- Tachycardie ventriculaire – TV
- Asystolie - ASYST
- Dissociation électro-mécanique - DEM

Combien de chocs ont été délivrés ? (DSA/CEE, 0 si pas de chocs) (*texte court*)\*

Médicaments injectés (*choix multiple*)

- Adrénaline IV
- Cordarone IV
- Xylocaine IV

Contrôle des voies aériennes (*choix multiple*)

- Intubation laryngoscopique
- Intubation vidéo laryngo

Confirmation de l'intubation trachéale (*choix multiple*)

- Capno EtCO2
- Capno colorimétrique

Un massEUR cardiaque externe mécanique a-t-il été utilisé ? (ex : Lucas) (*choix unique*)\*

- Oui
- Non

En cas d'ECMO, quel a été le délai entre l'ACR et l'insertion des canules ? (minutes) (*texte court*)

Quel a été le délai entre le 1<sup>er</sup> massage cardiaque externe et le retour d'un rythme spontané avec une hémodynamique satisfaisante ou le départ de l'ECMO ? (minutes) (*texte court*)

En cas de réanimation cardio-pulmonaire (*choix unique*)

- Le patient a survécu
- Une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives a été décidée

Réalisez-vous une revue des cas d'ACR en RMM ? (*choix unique*)\*

- Oui
- Non

### **Prise en charge ACR**

Soins (*choix multiple*)

- Mutation / transfert en réanimation
- Hypothermie contrôlée transitoire
- Coronarographie
- Dilatation coronaire

Quelle a été la durée de la ventilation (invasive + VNI) ? (jour de l'ACR = jour 1) (jours) (*texte court*)

Quelle a été la durée du séjour en réanimation ? (jour de l'ACR = jour 1) (jours) (*texte court*)

Neuromonitorage (*choix multiple*)

- Clinique
- EEG
- Scanner
- IRM
- Enolase neuro-spécifique
- Potentiels évoqués

En cas de réanimation post-ACR (*choix unique*)

- Le patient a survécu
- Une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives a été décidée

### **Evolution secondaire**

Durée d'hospitalisation totale après ACR (jours, jour d'ACR = jour 1) (*texte court*)

Statut neurologique à la sortie (CPC score) (*choix unique*)

- Classe I : pas de séquelles
- Classe II : séquelles modérées - patient autonome
- Classe III : séquelles modérées - altération autonomie
- Classe IV : séquelles sévères - absence d'autonomie
- Classe V : état neuro végétatif

Diagnostic final de l'ACR (IDM, EP, anaphylaxie, etc.) (*champ texte*)

Suite à l'hospitalisation (*choix multiples*)

- Le patient a survécu
- Une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives a été décidée per hospitalisation
- Maastricht 3 / Prélèvement multiorganes
- Le patient a survécu à 12 mois
- Une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives a été décidée dans les 12 mois post-ACR

Statut neurologique à 12 mois (*choix unique*)

- Classe I : pas de séquelles
- Classe II : séquelles modérées - patient autonome
- Classe III : séquelles modérées - altération autonomie
- Classe IV : séquelles sévères - absence d'autonomie
- Classe V : état neuro végétatif

## Annexe 21. Travail en équipe – Staff multiprofessionnel (programmation opératoire, dossier difficile, etc.) / Staff de service (revue de patient, réunion d'unité, etc.)

Référence SIAM 2	ACT_2024_010577
Création	2024
Mise à jour	
Type d'activité	Autre
Description	<p>Les staffs d'une équipe médico-soignante et groupes d'analyse des pratiques sont des méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques.</p> <p>Un staff d'une équipe médico-soignante ou un groupe d'analyse des pratiques (GAP) est un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de la littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle.</p> <p>La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle s'est déroulée.</p> <p>Ces réunions, à l'occasion desquelles sont présentés et discutés des dossiers de patients, sont une pratique courante et ancienne de nombreuses équipes. Ces équipes peuvent être monoprofessionnelles mais s'ouvrent de plus en plus à la pluriprofessionnalité, notamment au sein des structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. L'organisation et le contenu de ces réunions sont souvent extrêmement variés.</p> <p>Les groupes d'analyse des pratiques/staffs sont organisés autour de quatre étapes.</p> <p><b>1. Sélection de dossiers ou de situations cliniques</b></p> <p>La sélection s'effectue de manière explicite par le groupe. Cette sélection peut se faire selon plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– existence d'un problème (qui peut porter sur : modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, cas clinique, etc.) ou question restée sans réponse ;</li> <li>– patient pris au hasard ;</li> <li>– choix en référence à un thème (exemple : diabète de type 2).</li> </ul> <p>Dans tous les cas, ces situations cliniques correspondent à des patients effectivement pris en charge par les participants.</p> <p><b>2. Recherche bibliographique</b></p> <p>Une recherche bibliographique est réalisée pour identifier et sélectionner les données de littérature scientifique et professionnelle en rapport avec les situations cliniques rencontrées et permettant d'apporter des réponses aux questions posées. Ces références sont communiquées aux membres du groupe.</p>

## DOCUMENTATION

Cette recherche bibliographique peut être réalisée à différents temps de la démarche :

- comme point de départ de la démarche ;
- pour préparer une réunion en constituant « un fonds documentaire » ;
- pour répondre aux questions identifiées lors de la réunion.

### 3. Présentation de chaque situation clinique

Une présentation de chaque situation clinique est réalisée par les participants à tour de rôle en réunion. Cette présentation permet d'analyser collectivement la prise en charge et les problèmes rencontrés. Les réponses à apporter par le groupe sont issues des données de la littérature scientifique et professionnelle sélectionnées.

La durée de la réunion est d'environ 2 heures. Un professionnel, participant volontaire (chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la fonction d'animateur) ou professionnel extérieur au groupe, anime la réunion en facilitant :

- la dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs du projet et en répartissant le temps de parole ;
- l'identification par les participants des problèmes posés par le dossier présenté, les déterminants de leurs décisions, les savoirs mobilisés, les données de la science, et les obstacles à l'intégration de ces données ;
- les échanges et les confrontations de pratiques ;
- l'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique dont est chargé un participant volontaire ;
- le choix d'actions d'amélioration des pratiques et le suivi de leur mise en place (évaluation de leur appropriation voire mesure d'impact, retour d'expérience, nouvelles actions à mettre en œuvre).

À l'issue de la réunion, un compte rendu est rédigé, résumant les cas présentés, les problèmes identifiés, et les réponses apportées par le groupe (en mettant en avant les éventuelles divergences), les références utilisées, la ou les actions d'amélioration des pratiques choisies et le suivi de leur mise en place.

### 4. Mise en place d'actions d'amélioration et de modalités de suivi

À l'issue de cette analyse, des actions d'amélioration et des modalités de suivi sont mises en place (exemples : rédaction de nouveaux protocoles, chemin clinique, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction auprès des patients, suivi périodique des actions entreprises, comparaison à un référentiel par audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations, etc.). Par ailleurs, si des questions restées sans réponse ont été identifiées, une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Son résultat est diffusé aux participants, le cas échéant présenté à la prochaine réunion.

Ces réunions se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans une charte ou procédure ou un règlement intérieur. Les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

	<p>SUPPORT</p> <p>Charte ou procédure ou règlement intérieur du staff ou du GAP qui en précise l'organisation et le fonctionnement ; documents de référence.</p> <p><b>Staff multiprofessionnel de programmation opératoire</b></p> <p>La programmation opératoire se définit comme l'ensemble des étapes et actions concourant à l'organisation et la prise en charge de l'activité opératoire, sur une échelle de temps d'une semaine. Elle fait intervenir et concerne de nombreux acteurs d'un établissement : chirurgiens, anesthésistes, cadre de santé, IBODE, IADE, secrétariat des services de soins et du bloc opératoire.</p> <p>Enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- positionner les interventions dans les salles et les vacations opératoires au regard de leur nature et de leur durée prévisionnelle pour la ou les semaine(s) à venir ;</li> <li>- optimiser l'utilisation des salles, des activités et des ressources ;</li> <li>- lisser l'activité du bloc sur la journée et la semaine ;</li> <li>- limiter le nombre d'erreurs de programmation ;</li> <li>- développer l'activité programmée ;</li> <li>- améliorer les conditions d'exercice du personnel ;</li> <li>- sécuriser la prise en charge des patients.</li> </ul>
<p><b>Modalités d'évaluation</b></p>	<p>La traçabilité des actions est assurée à l'aide par exemple de : compte rendu écrit de chaque réunion avec liste de présence des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc.</p> <p>Indicateurs de suivi pour la programmation opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'ajouts au programme entre J-7 et J-1 ;</li> <li>- taux mensuel de vacations opératoires vides ;</li> <li>- taux de demande d'intervention par le biais du logiciel bloc (si le bloc est informatisé) ;</li> <li>- taux de déprogrammation ;</li> <li>- taux d'interventions programmées.</li> </ul>
<p><b>Documents joints</b></p>	<p><a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf</a></p> <p><a href="https://ressources.anap.fr/bloc-operatoire/publication/1376-construire-un-programme-adapte-a-l-activite-de-son-bloc-operatoire">https://ressources.anap.fr/bloc-operatoire/publication/1376-construire-un-programme-adapte-a-l-activite-de-son-bloc-operatoire</a></p>
<p><b>Champs d'activité</b></p>	<p>Tous</p>

## Annexe 22. Travail en équipe – Actions de formation sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010578
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description</b>	<p>Actions de <b>formation</b> sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels, proposées en présentiel ou en ligne : DPC, congrès (validé par le CNP), formation universitaire diplômante, activité d'enseignement, etc.</p> <p>Tous les membres de l'équipe d'anesthésie-réanimation ne peuvent pas participer en même temps à ces sessions de formation car l'équipe doit assurer l'activité chirurgicale et la permanence et continuité des soins des patients. Chaque membre de l'équipe participera à tour de rôle à ces formations et rapportera à son retour aux membres de son équipe les évolutions marquantes présentées aux congrès.</p> <p>Le CFAR, organisme de formation agréé Qualiopi, labellise un certain nombre de formations.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de formation, compte rendu de réunion d'équipe
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 23. Travail en équipe – Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010579
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles sur la thématique équipe ou les facteurs humains et organisationnels
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de participation à un groupe de travail, recommandation, etc.
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 24. Travail en équipe - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010580
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description</b>	<p>La base REX de la HAS regroupe tous les EIAS déclarés par les médecins engagés dans la démarche volontaire d'accréditation après analyse et validation par les experts de chaque OA. L'analyse de cette base REX montre que dans les déclarations d'EIAS, 27 % des causes profondes des EIAS relèvent de facteurs humains et plus particulièrement de problématiques d'équipe. Parmi celles-ci la typologie des causes prépondérantes relève de la communication entre professionnels (37 %), de la transmission des alertes (15 %) et de la transmission de l'information écrite (11 %). La littérature internationale retrouve également la même typologie de causes.</p> <p>La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. ».</p> <p>La simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé et permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;</li> <li>➔ d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;</li> <li>➔ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;</li> <li>➔ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;</li> <li>➔ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</li> </ul> <p>La simulation au sein de son propre établissement avec son équipe habituelle, son équipement habituel est un plus par rapport à la simulation en centre.</p> <p>La simulation in situ se caractérise par l'organisation de séance de formation par simulation dans l'environnement de travail de l'équipe formée. Il s'agit d'immerger</p>

	<p>l'équipe dans son environnement professionnel afin d'atteindre un degré de réalisme maximal. Cette pratique permet d'évaluer le niveau d'efficacité d'une organisation réelle au sein du service où elle est mise en œuvre : prise en charge des situations de crises, repérage des situations de blocage, fonctionnement de l'équipe (communication, leadership...), évaluation du matériel mis à disposition... La simulation in situ offre ainsi un degré de réalisme accru en termes d'environnement humain et technique.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de présence
<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 25. Travail en équipe – CRM santé

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2022_010424
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Le CRM Santé est un module d'animation qui permet de réaliser un diagnostic du fonctionnement d'une équipe dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques (Pacte).</p> <p><b>Pourquoi utiliser cette pratique ?</b></p> <p>Depuis de nombreuses années, l'analyse des causes profondes met en avant le facteur humain et notamment le travail en équipe comme un enjeu pour la sécurité du patient. Ce module est un moyen d'accroître les performances de l'équipe en se focalisant sur les attitudes et comportements et leurs impacts sur la sécurité des patients ; c'est une occasion de mettre en avant des savoirs, des pratiques, des comportements notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la communication (échanges d'informations compréhensibles par tous, partages, etc.) ;</li> <li>– le soutien mutuel (entraide, respect, et redistribution tâche, etc.) ;</li> <li>– l'évaluation de la situation et feed-back (capacité d'alerte, oser prendre la parole, anticiper, s'entraîner environnement, etc.) ;</li> <li>– le leadership (coordination, attribution, valorisation etc.).</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p>L'animateur (facilitateur) choisi le support adapté au secteur d'activité de l'équipe (bloc opératoire, service de médecine, maternité, HAD, chirurgie, soins de suite et de réadaptation). Les sessions nécessitant la participation d'au moins 80% des membres de l'équipe, la programmation doit être anticipée pour permettre la présence des professionnels et assurer la continuité des soins dans le service.</p> <p>Une session rassemble de 20 à 25 participants maximum (20 préférable) pluriprofessionnels. Les conditions logistiques doivent permettre d'éviter les interruptions extérieures. L'enjeu pour l'animateur est de libérer la parole et de rechercher un consensus sur le diagnostic du fonctionnement de l'équipe.</p>
<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852388/fr/crew-resource-management-en-sante-crm-sante">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852388/fr/crew-resource-management-en-sante-crm-sante</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 26. Travail en équipe - Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010581
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Activités de recherche clinique sur la thématique « équipe ou facteurs humains ou organisationnels » effectuées dans le cadre d'une unité de recherche labellisée ou d'une université.</li> <li>➔ Article publié ou communication scientifique sur la thématique « équipe ou facteurs humains ou organisationnels » dans une revue scientifique référencée.</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Référence de la publication, description de la recherche effectuée
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 27. Travail en équipe – Prévention et gestion des conflits : « 1 patient 1 équipe »

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2022_010425
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Les plateaux techniques (blocs opératoires, réanimations, urgences, plateaux interventionnels, services d'imagerie et salles de naissance) constituent un environnement complexe et fermé au sein duquel interviennent de nombreuses catégories professionnelles autour de la prise en charge d'un(e) patient(e). Dans cet environnement à forte pression les situations conflictuelles sont une réalité vécue par la majorité des soignants et impactant la qualité du travail.</p> <p>Ce constat alarmant de la dégradation des relations de travail a conduit la commission Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs à initier une campagne de sensibilisation auprès de l'ensemble des professionnels de santé travaillant au sein des plateaux techniques. Cette campagne concerne tous les secteurs d'activité : public, privé et d'intérêt collectif. Elle s'adresse aux équipes pluriprofessionnelles en incluant les jeunes en formation : anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, radiologues, gastro-entérologues, gynéco-obstétriciens, cardiologues, réanimateurs, urgentistes, perfusionnistes, sages-femmes, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers, manipulateurs radio, aides-soignants, brancardiers, agents d'entretien. Elle ne s'arrête pas aux portes des plateaux techniques mais se prolonge dans les services de soin avec lesquels ils sont en relation. Elle s'adresse aux managers via la réflexion sur les organisations et les leviers qui pourront être mobilisés dans la recherche de mesures correctrices lors des analyses.</p> <p>Cette campagne a vocation à prévenir les conflits dits « aigus » au sein des équipes, tels que les incivilités, les violences verbales voire physiques, et à proposer des outils pour aider à leur gestion et leur analyse. Les outils proposés sont des outils élaborés par la commission SMART du CFAR en lien avec les partenaires ou des outils déjà existants. En effet les conflits doivent la plupart du temps n'être vus que comme des symptômes d'un système en souffrance ou comme une incompréhension des problématiques de spécialités différentes amenées à travailler ensemble. Les soignants n'ont pas toujours l'opportunité de réfléchir en équipe aux déterminants de ces situations à la base desquelles sont souvent retrouvées des causes organisationnelles ou de communication.</p> <p>Cette campagne ne n'a pas vocation à trouver des solutions aux confrontations enkystées et anciennes, qui relèvent de la médiation, de la conciliation ou d'une procédure judiciaire. Elle vise à diminuer l'apparition de telles situations en tentant de résoudre le conflit immédiatement, dès la première manifestation. En effet, des divergences non résolues peuvent provoquer des tensions pouvant conduire à un blocage des échanges puis à un conflit ouvert entre deux personnes.</p> <p>Cette initiative réunit près de 40 partenaires institutionnels. Dans leurs propres médias, au travers des réseaux sociaux ou par la prise d'initiatives locales, tous</p>

	<p>se sont engagés à la diffusion du message portant des valeurs de coopération et de communication et d'esprit d'équipe à travers les visuels et les outils, dont le téléchargement gratuit est mis à disposition par le CFAR.</p> <p>Nous appartenons à une même équipe autour d'un objectif commun : le patient. La campagne 1 Patient 1 Equipe rappelle que l'entente cordiale, le sourire, le respect et la maîtrise de soi au quotidien participent à la qualité des soins, à la reconnaissance de la valeur professionnelle et au « bien-être » au travail. Nous avons tout intérêt à jouer collectif sur le terrain de la santé.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Utilisation d'outils pour prévenir les conflits, pour gérer les conflits et pour améliorer la cohésion d'équipe
<b>Documents joints</b>	<a href="https://sfar.org/1-patient-1-equipe/">https://sfar.org/1-patient-1-equipe/</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 28. Travail en équipe – Protocolisation des prises en charge interdisciplinaires ou pluriprofessionnelles pour mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique

Référence SIAM 2	REC_2024_010423
Création	2024
Mise à jour	
Caractéristiques des patients	Tout type de patient
Type de prise en charge	Tout type de prise en charge
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Tout diagnostic justifiant une intervention chirurgicale
Intervention(s) concernée(s)	Tout type d'intervention
Type de recommandation	Recommandation professionnelle
Résumé	<p><b>Protocolisation des prises en charge interdisciplinaires ou pluriprofessionnelle (gestion des anti-coagulants, antibioprophylaxie...) pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques dans le travail au quotidien (élaboration, utilisation, évaluation...)</b></p> <p><b>Anti-coagulants</b></p> <p>L'objectif principal est de réduire la morbi-mortalité des accidents liés aux AC et AAP grâce à la diffusion de stratégies de prise en charge des situations à risque ou des accidents hémorragiques.</p> <p>Les recommandations abordent la conduite à tenir vis-à-vis du traitement par AC et/ou AAP en cas d'acte interventionnel programmé ou bien urgent.</p> <p><b>Antibioprophylaxie</b></p> <p>L'infection est un risque pour toute intervention et, par exemple, en chirurgie l'on retrouve des bactéries pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires, lors de la fermeture. Ceci existe quelle que soit la technique chirurgicale et quel que soit l'environnement (le flux laminaire ne supprime pas complètement ce risque). Ces bactéries sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable (hématome, ischémie, modification du potentiel d'oxydoréduction...) et l'intervention induit des anomalies des défenses immunitaires. L'objectif de l'antibioprophylaxie (ABP) est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site de l'intervention.</p> <p>La consultation préopératoire représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'une ABP. Il est possible d'y définir le type d'intervention prévu, le risque infectieux qui s'y rapporte (et donc la nécessité ou non d'une</p>

	<p>ABP), le moment de la prescription avant l'intervention et d'éventuels antécédents allergiques pouvant modifier le choix de la molécule antibiotique sélectionnée.</p> <p>L'efficacité de l'antibioprophylaxie est prouvée pour de nombreux actes chirurgicaux, mais sa prescription doit obéir à certaines règles, établies au gré des nombreuses études menées sur ce sujet : elle doit utiliser un antibiotique adapté à la fois à la cible bactériologique et à l'intervention concernée, afin d'obtenir des concentrations tissulaires efficaces sur le site de l'infection potentielle.</p> <p>Elle doit être débutée avant l'acte chirurgical, de manière à ce que l'antibiotique soit présent avant que ne se produise la contamination bactérienne. La durée de la prescription doit être brève, afin de réduire le plus possible le risque écologique de germes résistants entraîné par toute antibiothérapie. La bonne pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie repose sur la présence, dans chaque salle d'intervention d'un protocole conforme aux recommandations et validé par le CLIN et la CME.</p>
<p><b>Modalités d'évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Réunions de sensibilisation avec le compte-rendu</li> <li>➔ Protocole de coopération</li> <li>➔ Audit</li> <li>➔ Taux d'ISO au sein de l'établissement (incidence, prévalence)</li> </ul>
<p><b>Bibliographie</b></p>	<p><b>Anti-coagulants</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RPC : Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti-vitamines K en ville et en milieu hospitalier  <a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier</a></li> <li>2. Bon usage des agents antiplaquettaires recommandations de bonne pratique ANSM-HAS 2012</li> <li>3. AAP : prise en compte des risques thrombotiques et hémorragique en cas de geste endoscopique chez le coronarien HAS 2012</li> <li>4. AAP : prise en compte des risques thrombotiques pour les gestes percutanés chez le coronarien HAS 2013</li> <li>5. Sié P, Samama CM, Godier A, Rosencher N, Steib A, Llau JV, Van der Linden P, Pernod G, Lecompte T, Gouin-Thibault I, Albaladejo P; Working Group on Perioperative Haemostasis; French Study Group on Thrombosis and Haemostasis. Arch Cardiovasc Dis. 2011 Dec;104(12):669-76. doi: 10.1016/j.acvd.2011.09.001. Epub 2011 Oct 29. <a href="#">Surgery and invasive procedures in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants: thrombin or factor-Xa inhibitors. Recommendations of the Working Group on Perioperative Haemostasis and the French Study Group on Thrombosis and Haemostasis.</a></li> <li>6. Pernod G, Albaladejo P, Godier A, Samama CM, Susen S, Gruel Y, Blais N, Fontana P, Cohen A, Llau JV, Rosencher N, Schved JF, de Maistre E, Samama MM, Mismetti P, Sié P. Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Oct;32(10):691-700. doi: 10.1016/j.annfar.2013.04.016. Epub 2013 Aug 30. Review. French. Erratum in: Ann Fr Anesth Reanim. 2014 Mar;33(3):198-9[<a href="#">Management of major bleeding complications</a></li> </ol>

[and emergency surgery in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants, thrombin or factor-Xa inhibitors. Proposals of the Working Group on Perioperative Haemostasis \(GIHP\) - March 2013\].](#)

7. Steib A, Mertes PM, Marret E, Albaladejo P, Fusciardi J. Thromb Res. 2014 Jun;133(6):1056-60. doi: 10.1016/j.thromres.2014.03.053. Epub 2014 Apr 4. [Compliance with guidelines for the perioperative management of vitamin K antagonists.](#)
8. SFAR Gestion des nouveaux anticoagulant oraux direct (AOD)  
Samama CM RJ, Renard G. Proposition de gestion des nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie ophtalmologique. online 2014;2014.
9. European Guidelines on peri-opérative venous thromboembolisme (Eur J anaesthesiology 2018 ; 35 ; 77-83)
10. Commentaires et propositions du Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire (GIHP) sur les recommandations de la Société européenne d'anesthésie.
11. Propositions du GHIP pour le diagnostic et la prise en charge d'une thrombopénie induite par l'héparine 5GIHP 2019)
12. Gestion des agents antiplaquettaires pour une procédure invasive programmée, j.anrea 2018.01.002
13. Gestion des AOD pour la chirurgie et les actes invasifs programmés ; propositions réactualisées du GIHP. Septembre 2015
14. Gestion des agents antiplaquettaires en cas de procédure non programmée ou d'hémorragie. Anesthésie et réanimation volume 5, issue 3, may 2019 p 218-237

#### Antibioprophylaxie

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery. National clinical guidelines. Edinburgh: SIGN, 2000. Actualisation 2008.  
<https://www.just.edu.jp/ar/DIC/ClinicGuidlines/Antibiotic%20prophylaxis%20in%20surgery.pdf>
2. Centers for Disease Control. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999 ; 20(4): 247-8.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10196487/>
3. Société de pathologie infectieuse de langue française. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Méd Mal Infect 2002 ; 32 :542-52.(  
<http://www.sfm.org/formation/consensus#cat16> )
4. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle, RFE SFAR mise à jour 2023 <https://sfar.org/download/antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle/>

Documents joints

Champs d'activité

Tous

## Annexe 29. Travail en équipe – Mise en œuvre et évaluation de la SSP « Coopération anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens »

<b>Référence SIAM 2</b>	REC_2019_010263
<b>Création</b>	2015
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout type de patient
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Tout type d'intervention
<b>Type de recommandation</b>	SSP - Points clés et solutions pour la sécurité du patient
<b>Résumé</b>	La qualité du travail en équipe et notamment de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, représentent un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Malgré l'existence de recommandations, des dysfonctionnements et défauts de communication au sein de l'équipe persistent et sont des facteurs d'insécurité. Sous l'égide de la HAS, différents organismes agréés ont élaboré un outil de nature à améliorer l'organisation et la sécurité de la prise en charge péri opératoire en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun
<b>Modalités d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Analyse des EIAS en équipe pluriprofessionnelle/pluridisciplinaire.</li> <li>➔ Existence d'un protocole définissant le rôle de chacun notamment en termes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– De prise en charge de la douleur</li> <li>– D'installation du patient au bloc opératoire</li> <li>– De prise en charge de la prophylaxie antithrombotique</li> <li>– De prise en charge de l'antibioprophylaxie et de l'antibiothérapie</li> <li>– De gestion des anticoagulants et des antiagrégants</li> <li>– De prescription des produits sanguins et dérivés</li> <li>– De nutrition pré et postopératoire</li> <li>– De suspension, maintien, adaptation et décision de reprise des traitements personnels du patient ainsi que de rédaction des ordonnances de sortie</li> <li>– De toute prise en charge spécifique au secteur d'activité</li> </ul> </li> <li>➔ Evaluation de la mise en œuvre du protocole</li> </ul>
<b>Bibliographie</b>	1. <a href="https://sfar.org/recommandations-concernant-les-relations-entre-ar-et-autres-specialites-ou-professionnels-de-sante/">https://sfar.org/recommandations-concernant-les-relations-entre-ar-et-autres-specialites-ou-professionnels-de-sante/</a>

2. 2. Katz JD. Conflicts and its resolution in the operating room. *J Clin Anesth* 2007;19:152-8.
3. 3. Weldon SM, Korkiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. Communication in the operating theatre. *Br J Surg* 2013;100:1677-88.
4. 4. Young-Xu Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Arch Surg* 2011;146:1368-73.
5. 5. Neily J1, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010;304:1693-700.
6. 6. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth* 2013;110:529-44.
7. 7. Paul Olson TJ, Brasel KJ, Redmann AJ, Alexander GC, Schwarze ML. Surgeon-reported conflict with intensivists about postoperative goals of care. *JAMA Surg* 2013;148:29-35.
8. 8. Paige JT. Surgical team training: promoting high reliability with nontechnical skills. *Surg Clin North Am* 2010;90:569-81.
9. 9. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Br J Surg* 2011;98:469-79.
10. 10. ElBardissi AW, Sundt TM. Human factors and operating room safety. *Surg Clin North Am* 2012;92:21-35.
11. 11. [www.jointcommission.org/patient\\_safety\\_systems\\_chapter\\_for\\_the\\_hospital\\_program/](http://www.jointcommission.org/patient_safety_systems_chapter_for_the_hospital_program/) (mis à jour en juillet 2015 et consulté en août 2015)
12. 12. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg* 2013;258:856-71.
13. 13. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Schlack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MG, Smorenburg SM, Boermeester MA; SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010;363:1928-37.
14. 14. ERAS Compliance Group. The Impact of Enhanced Recovery Protocol Compliance on Elective Colorectal Cancer Resection: Results From an International Registry. *Ann Surg* 2015;261:1153-9.
15. 15. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJ. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD007.

<b>Documents joints</b>	HAS : Points clés et solutions, coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. <a href="https://has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe">https://has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 30. Travail en équipe – Mise en œuvre concertée et évaluée de la RAAC

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010582
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. À terme, elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités.</p> <p>Le patient a un rôle actif dans cette approche. Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie. La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Protocole, évaluation, etc.
<b>Documents joints</b>	<a href="http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf">www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

### Annexe 31. Travail en équipe – Analyse et décisions cliniques concertées en RCP (Heart Team, périnématologie, infectiologie orthopédique, etc.)

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010583
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.</p> <p>Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de présence
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 32. Travail en équipe – Utilisation, évaluation et adaptation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » ou en réanimation et de toute autre check-list utile (circulation extra-corporelle) – OBLIGATOIRE

Référence SIAM 2	REC_2024_010424
Création	2011
Mise à jour	2024
Caractéristiques des patients	Tous les patients
Type de prise en charge	Hospitalisation, ambulatoire
Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement	Tout type de diagnostic
Intervention(s) concernée(s)	Tout type d'intervention
Type de recommandation	Rappel d'un référentiel ou d'une recommandation professionnelle
Résumé	<p>La <i>check-list</i> est un support pratique qui s'intègre dans les évolutions managériale et organisationnelle au bloc opératoire et doit aussi permettre de faire progresser la culture de la sécurité du patient au bloc opératoire. C'est un outil de partage entre les membres de l'équipe, d'informations essentielles pour chaque intervention et de vérification croisée de points critiques.</p> <p>La <i>check-list</i> est une exigence de la certification des établissements de santé depuis le 1er janvier 2010. Directement en rapport avec la sécurisation des pratiques tant en ce qui concerne le contrôle de l'identification des patients que celui du site opératoire et de l'antibioprophylaxie, elle est normalement intégrée à la démarche d'accreditation des médecins.</p> <p>La <i>check-list</i> peut -être une check-list générique ou une check-list adaptée conformément aux préconisations de la HAS qui <b>encourage les professionnels à s'emparer de la check-list pour l'adapter, si nécessaire, aux spécificités de leurs pratiques.</b> Critère impératif 2.4.06 de la certification des établissements : "Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list".</p>
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Questionnaire spécifique</li> <li>➔ EPP</li> <li>➔ Certification de l'établissement</li> </ul>
Bibliographie	<p>Les check-lists pour la sécurité du patient, HAS : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984</a></p> <p>Pour une meilleure utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », HAS : <a href="https://www.has-">https://www.has-</a></p>

	<a href="https://sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utilisation_de_la_check-list.pdf">sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utilisation_de_la_check-list.pdf</a>
<b>Documents joints</b>	<p>Check-list sécurité du patient au bloc opératoire et son mode d'emploi - Version 2018</p> <p>Pour une meilleure utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire</p> <p>Elaborer une check-list personnalisée pour la sécurité du patient au bloc opératoire / interventionnel</p>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

### Annexe 33. Travail en équipe - Actions d'évaluation des pratiques professionnelles du travail en équipe réalisées en établissement (audit, suivi d'indicateurs, patient traceurs...)

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010584
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	EPP
<b>Description</b>	<p>Les programmes EPP du CFAR sont élaborés à partir des recommandations scientifiques produites par la SFAR. Ces programmes permettent d'évaluer simplement les pratiques quotidiennes, sur des thèmes donnés, à travers différentes méthodes : audit clinique, chemin clinique, suivi d'indicateurs, etc. Chaque programme contient un certain nombre de critères d'évaluation, sur la base desquels les participants peuvent analyser leurs pratiques.</p> <p>Plusieurs thématiques intéressent directement nos confrères : l'anesthésie, la réanimation, les urgences... Le thème choisi doit être en rapport direct avec l'activité et faire l'objet d'un potentiel d'amélioration. Quels que soient le programme et la méthode choisis, une action d'EPP doit nécessairement conduire à une amélioration de la pratique quotidienne, même partielle.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p>Conditions attendues pour évaluer les pratiques (au titre d'une démarche individuelle de validation) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le choix d'une ou plusieurs démarches d'EPP permettant des actions d'amélioration, s'inscrivant dans la durée et significatives de la pratique habituelle du médecin ;</li> <li>- l'implication individuelle du médecin ;</li> <li>- le suivi tangible des actions entreprises, quelles qu'en soient les modalités (critères, indicateurs, audit, bilan d'activité...), permettant de montrer l'impact de la démarche sur ses pratiques.</li> </ul> <p>En cas d'action collective, chaque médecin doit demander une validation individuelle de son action, en remplissant un dossier EPP, à transmettre au CFAR : <a href="mailto:contact@cfar.org">contact@cfar.org</a>. Il est nécessaire d'explicitier son engagement personnel dans la démarche d'équipe.</p> <p>Les dossiers de demande de validation seront évalués au regard de plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'élaboration et la mise œuvre d'actions d'amélioration des pratiques ;</li> <li>- les informations relatives au recueil des données et au suivi du déroulement de la démarche ;</li> <li>- le suivi des actions d'amélioration entreprises.</li> </ul> <p>Les équipes peuvent compléter la matrice de maturité de l'équipe afin d'évaluer et améliorer leur organisation.</p>
<b>Documents joints</b>	<a href="https://cfar.org/formations/levaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/">https://cfar.org/formations/levaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/</a>

	<p><a href="https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/validation-epp/">https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/validation-epp/</a></p> <p>Matrice de maturité de l'équipe</p> <p></p> <p>Matrice_maturite_e quipe.doc</p>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 34. Travail en équipe - Identification de situations à risques en équipe propres à l'établissement et protocolisation concertée en interdisciplinaire de barrières de prévention, récupération ou atténuation

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010585
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Etude de risques
<b>Description</b>	<p>La gestion des risques a pour but de diminuer le risque de survenue d'EIAS et la gravité de leurs conséquences. C'est une démarche continue d'amélioration de la sécurité des patients.</p> <p>La démarche nécessite une analyse en équipe qui permet d'identifier des risques spécifiques des pratiques professionnelles de l'équipe en associant une réflexion a priori sur les risques (que pourrait-il se passer ?) et une analyse a posteriori des EIAS qui sont survenus (que s'est-il passé ?). L'analyse des risques identifiés se poursuit par leur hiérarchisation, afin de prioriser les actions à mener pour traiter en priorité les risques jugés non acceptables pour le patient.</p> <p>L'équipe élabore un plan d'actions qui décrit les solutions (appelées aussi barrières) chargées d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés (barrières de prévention) ou à défaut d'en limiter les conséquences (on parle alors de barrières de récupération et d'atténuation). Des actions correctives, y compris le réajustement des pratiques individuelles et collectives au regard des recommandations et de l'état de l'art, sont mises en œuvre, elles peuvent comporter des changements organisationnels et des formations.</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807722">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807722</a></p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Un bilan annuel de l'activité d'analyse en équipe des risques rencontrés dans les pratiques est réalisé. Il contient par exemple : les comptes rendus des réunions et les listes d'émargement, les fiches des actions entreprises et le nombre de déclarations éventuelles, ainsi que tout document justificatif témoignant des actions entreprises (rapport d'audit, résultats d'indicateurs, document d'analyse des risques a priori, plan d'actions, fiche de suivi, etc....).
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 35. Travail en équipe – Enquête culture sécurité

Référence SIAM 2	ACT_2022_010423
Création	2022
Mise à jour	
Type d'activité	Enquête
Description	<p><b>Qu'est-ce-que la culture sécurité ?</b></p> <p>C'est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, établissements de santé). Elle se décline autour de 4 composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– culture du reporting (fréquence des signalements des EIAS) ;</li> <li>– culture du retour d'expérience (analyse approfondie des EIAS pour améliorer la sécurité du patient) ;</li> <li>– culture juste (erreur humaine analysée et non pas condamnée, management équitable) ;</li> <li>– culture du travail en équipe (adaptation au changement, réagir ensemble de manière efficace).</li> </ul> <p><b>Pourquoi est-il important de développer la culture sécurité ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– elle a un impact positif sur la sécurité des patients ;</li> <li>– elle est un pré-requis indispensable à la mise en œuvre des outils et des méthodes de gestion des risques ;</li> <li>– elle donne du sens aux outils et méthodes de gestion des risques déjà existants :</li> <li>– en les inscrivant dans un ensemble cohérent de pratiques et de comportements (i.e. les 4 composantes de la culture de sécurité de J. Reason) ;</li> <li>– en permettant aux équipes de se les réapproprier sans créer de nouvelles obligations.</li> </ul> <p>La culture de sécurité participe ainsi aux performances des organisations de santé en leur permettant d'être informées, fiables, sûres, résilientes et apprenantes.</p> <p><b>Peut-on évaluer la culture de sécurité ?</b></p> <p>Avant de mettre en place des actions pour développer une culture de sécurité des soins, il faut apprécier son niveau. En santé, la méthode d'évaluation la plus utilisée est quantitative et basée sur une enquête via l'administration d'un questionnaire anonyme remis aux professionnels de santé pour explorer leurs attitudes et comment ils perçoivent la sécurité des soins. Évaluer la culture de sécurité présente en soi un intérêt pédagogique fort et permet déjà de la faire progresser par une prise de conscience de son existence.</p> <p><b>Objectifs</b></p>

	<p>Favoriser la mobilisation des professionnels de santé, spécialisés ou non en gestion des risques, pour développer la culture de sécurité en santé - condition primordiale pour améliorer la sécurité des patients - en vous donnant les moyens de mieux comprendre la culture de sécurité en santé et ses enjeux, pour agir en évaluant et en développant la culture de sécurité grâce à 3 guides indispensables, à consulter en fonction du niveau de vos connaissances et de l'avancée de vos pratiques dans ce domaine.</p> <p>Au travers de l'évaluation et du développement d'une culture de sécurité en santé, il s'agit de faire de la sécurité du patient une priorité de tous les professionnels, quel que soit leur niveau hiérarchique. L'implication affichée de la gouvernance dans le développement de la culture de sécurité est primordiale pour favoriser la mobilisation d'un établissement et de ses équipes pour la sécurité des patients.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Enquête culture sécurité
<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-securite-comprendre-et-mesurer">https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-securite-comprendre-et-mesurer</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 36. Travail en équipe – Autre activité d'amélioration du travail en équipe

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010586
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action d'amélioration du travail en équipe.
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 37. Pratiques professionnelles – Participation à des actions de formation labellisées gestion des risques – OBLIGATOIRE (12h sur 4 ans)

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2019_010318
<b>Création</b>	2011
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Activité de FMC
<b>Description</b>	<p>Activité obligatoire.</p> <p>Complément de l'évaluation sur le terrain et vecteur de renforcement de la culture de gestion du risque en anesthésie et réanimation. Consulter le site du CFAR : liste des congrès et des formations labellisées « gestion du risque ».</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p>Les formations en anesthésie-réanimation sont labellisées par le CFAR. Ces formations sont saisies dans l'espace adhérent de chaque membre sur le site du CFAR : <a href="http://www.cfar.org">www.cfar.org</a></p> <p>Le médecin a une obligation de valider 12 heures de formations labellisées gestion des risques réparties sur les quatre années correspondant à sa période d'accréditation. La répartition de ces heures sur la période est laissée au libre choix du médecin.</p>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

### Annexe 38. Pratiques professionnelles – Actions de formation en anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire ou médecine intensive réanimation avec retour auprès de l'équipe

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010587
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description</b>	<p>Actions de <b>formation en anesthésie réanimation et médecine périopératoire ou médecine intensive réanimation</b>, proposées en présentiel ou en ligne, avec retour auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– DPC</li> <li>– Congrès national (SFAR, SRLF) ou international</li> <li>– Formation régionale validée par le CNP</li> <li>– Formation universitaire de la spécialité diplômante ou certifiante</li> <li>– Activité d'enseignement institutionnel</li> <li>– Maîtrise de stage universitaire</li> </ul> <p>Tous les membres de l'équipe ne peuvent pas participer en même temps à ces sessions de formation car l'équipe doit assurer l'activité chirurgicale et la permanence et continuité des soins des patients. Chaque membre de l'équipe participera à tour de rôle à ces formations et rapportera à son retour aux membres de son équipe les évolutions marquantes présentées aux congrès.</p> <p>Le CFAR, organisme de formation agréé Qualiopi, labellise un certain nombre de formations.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de formation, compte rendu de réunion d'équipe
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 39. Pratiques professionnelles – Participation à l’élaboration de recommandations professionnelles, travaux d’expertise institutionnelle

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010588
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d’activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Participation à <b>l’élaboration de recommandations professionnelles</b> (institution, société savante) Travaux <b>d’expertise institutionnelle</b> (sociétés savantes, CNP, HAS, ANSM, autres agences intervenant dans le domaine de la santé)
<b>Modalités d’évaluation</b>	Attestation de participation à un groupe de travail, recommandation, etc.
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d’activité</b>	Tous

## Annexe 40. Pratiques professionnelles – Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur des thématiques de la spécialité

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2022_010431
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La base REX de la HAS regroupe tous les EIAS déclarés par les médecins engagés dans la démarche volontaire d'accréditation après analyse et validation par les experts de chaque OA. L'analyse de cette base REX montre que dans les déclarations d'EIAS, 27 % des causes profondes des EIAS relèvent de facteurs humains et plus particulièrement de problématiques d'équipe. Parmi celles-ci la typologie des causes prépondérantes relève de la communication entre professionnels (37 %), de la transmission des alertes (15 %) et de la transmission de l'information écrite (11 %). La littérature internationale retrouve également la même typologie de causes.</p> <p>La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. ».</p> <p>La simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé et permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;</li> <li>➔ d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;</li> <li>➔ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;</li> <li>➔ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;</li> <li>➔ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</li> </ul> <p>La simulation au sein de son propre établissement avec son équipe habituelle, son équipement habituel est un plus par rapport à la simulation en centre.</p> <p>La simulation in situ se caractérise par l'organisation de séance de formation par simulation dans l'environnement de travail de l'équipe formée. Il s'agit d'immerger l'équipe dans son environnement professionnel afin d'atteindre un degré de réalisme maximal. Cette pratique permet d'évaluer le niveau d'efficacité d'une organisation réelle au sein du service où elle est mise en œuvre : prise en charge des</p>

	<p>situations de crises, repérage des situations de blocage, fonctionnement de l'équipe (communication, leadership...), évaluation du matériel mis à disposition... La simulation in situ offre ainsi un degré de réalisme accru en termes d'environnement humain et technique.</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a></p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de présence
<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 41. Pratiques professionnelles - Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques, participation effective au comité éditorial de revues scientifiques

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010589
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La participation à des études scientifiques, recherche clinique, registre crée une dynamique dans l'équipe. Promouvoir la recherche en anesthésie réanimation, participer quel que soit le type d'établissement dans lequel le médecin travaille, favoriser les projets multi centriques, s'appuyer sur le réseau recherche SFAR...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Activités de recherche clinique effectuées dans le cadre d'une unité de recherche labellisée ou d'une université.</li> <li>➔ Article publié dans une revue scientifique référencée.</li> <li>➔ Participation effective au comité éditorial d'une revue scientifique.</li> </ul> <p><a href="https://sfar.org/la-recherche/reseau-recherche/">https://sfar.org/la-recherche/reseau-recherche/</a></p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Référence de la publication, description de la recherche effectuée
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 42. Pratiques professionnelles - Protocolisation et/ou évaluation des prises en charge de la spécialité, pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques dans le travail au quotidien

<b>Référence SIAM 2</b>	REC_2024_010425
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout type de patient
<b>Type de prise en charge</b>	Tout type de prise en charge
<b>Diagnostic(s) principal (aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toute intervention
<b>Type de recommandation</b>	Rappel d'un référentiel ou d'une recommandation professionnelle
<b>Résumé</b>	<p>Mise en œuvre et/ou protocolisation et/ou évaluation de recommandations émises par les sociétés savantes françaises ou internationales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Toutes les recommandations de la SFAR sont disponibles via le lien <a href="https://sfar.org/recommandations/">https://sfar.org/recommandations/</a></li> <li>➔ Toutes les recommandations de la SRLF sont disponibles via le lien <a href="https://www.srlf.org/recherche?search_api_full-text=&amp;f%5B0%5D=categories%3A57&amp;f%5B1%5D=categories%3A57">https://www.srlf.org/recherche?search_api_full-text=&amp;f%5B0%5D=categories%3A57&amp;f%5B1%5D=categories%3A57</a></li> <li>➔ Toutes les recommandations de la HAS sont disponibles via les liens <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=recommandation&amp;tmpParam=&amp;opSearch=">https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=recommandation&amp;tmpParam=&amp;opSearch=</a> et <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=ssp&amp;tmpParam=&amp;opSearch=">https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=ssp&amp;tmpParam=&amp;opSearch=</a></li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document apportant une preuve de la mise en œuvre en pratique de la recommandation (protocole de service, compte-rendu, etc.)
<b>Bibliographie</b>	
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

### Annexe 43. Pratiques professionnelles - Participation aux instances opérationnelles de l'établissement (CLIN, CLUD, CLAN, CQSS, CME...) permettant l'élaboration et le suivi de protocoles spécifiques

Référence SIAM 2	ACT_2022_010429
Création	2022
Mise à jour	
Type d'activité	Autre
Description	<p>L'implication des médecins anesthésistes réanimateurs dans des fonctions transversales doit être reconnue et valorisée. La participation à des activités transversales renforce la cohésion, la dynamique d'équipe. Le médecin anesthésiste réanimateur est alors en interface avec la gouvernance de l'établissement (direction, CME) et avec des confrères d'autres spécialités médico-chirurgicales. Le partage de connaissances et compétences d'expertises différentes permet de s'enrichir mutuellement, de fédérer pour améliorer la qualité et sécurité des soins.</p> <p>Dans des environnements de plus en plus complexes et incertains, les établissements de santé doivent mobiliser leurs équipes autour d'enjeux importants tel que la sécurité du patient tout en favorisant la confiance dans l'organisation. Pour mobiliser une équipe, des compétences en leadership sont déterminantes en termes de réussite (1,2). Le leader s'apparente à un chef d'orchestre qui réussit à enflammer ses musiciens tout en arrivant à les faire jouer ensemble en harmonie. « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun » (Peter G. Northouse). Un leadership approprié favorise la performance, la sécurité (3) et le bien-être (4) de l'équipe.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salas E, Sims DE, Burke SC. Is there a "Big Five" in teamwork? Small Gr Res 2005; 36(5):555-99.</li> <li>2. Hackman JR, Wageman R. A theory of team coaching. Acad Manag Rev 2005; 30(2):269-87.</li> <li>3. Kunzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behavior: a literature review. Saf Sci 2010;48(1):1-17.</li> <li>4. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009;53(2):143-51.</li> </ol>
Modalités d'évaluation	Organigramme de l'établissement Feuilles de présence, compte-rendu de réunion
Documents joints	<a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/module_leadership_4p.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/module_leadership_4p.pdf</a>
Champs d'activité	Tous

## Annexe 44. Pratiques professionnelles - Participation à la vie de l'ARMPO ou de réanimation : instances dirigeantes, commissions, groupe de travail CFAR, SFAR, CNP-ARMPO et aux travaux HAS

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2022_010430
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La participation aux CA, directoires, commissions, groupes de travail des instances de l'anesthésie-réanimation et médecine périopératoire permet un partage de connaissances, de compétences, et un enrichissement mutuel dans le domaine de la qualité et sécurité des soins. Chacun apporte et confronte ses connaissances, compétences et expériences de terrain. Chacun peut ensuite être porteur au sein de son équipe et de son établissement des discussions et décisions collectives en matière de qualité et sécurité des soins en anesthésie-réanimation pour une mise en application effective.</p> <p>La participation à des travaux, commissions ou groupes de travail à la HAS a les mêmes vertus.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Organigramme, feuille de présence.
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 45. Pratiques professionnelles - Actions d'évaluation des pratiques professionnelles de la discipline : audit, analyse des pratiques, patient traceurs, suivi d'indicateurs...

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2022_010427
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	EPP
<b>Description</b>	<p>Les programmes EPP du CFAR sont élaborés à partir des recommandations scientifiques produites par la SFAR. Ces programmes permettent d'évaluer simplement les pratiques quotidiennes, sur des thèmes donnés, à travers différentes méthodes : audit clinique, chemin clinique, suivi d'indicateurs, etc. Chaque programme contient un certain nombre de critères d'évaluation, sur la base desquels les participants peuvent analyser leurs pratiques.</p> <p>Plusieurs thématiques intéressent directement nos confrères : l'anesthésie, la réanimation, les urgences... Le thème choisi doit être en rapport direct avec l'activité et faire l'objet d'un potentiel d'amélioration. Quels que soient le programme et la méthode choisis, une action d'EPP doit nécessairement conduire à une amélioration de la pratique quotidienne, même partielle.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p>Conditions attendues pour évaluer les pratiques (au titre d'une démarche individuelle de validation) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le choix d'une ou plusieurs démarches d'EPP permettant des actions d'amélioration, s'inscrivant dans la durée et significatives de la pratique habituelle du médecin ;</li> <li>- l'implication individuelle du médecin ;</li> <li>- le suivi tangible des actions entreprises, quelles qu'en soient les modalités (critères, indicateurs, audit, bilan d'activité...), permettant de montrer l'impact de la démarche sur ses pratiques.</li> </ul> <p>En cas d'action collective, chaque médecin doit demander une validation individuelle de son action, en remplissant un dossier EPP, à transmettre au CFAR : <a href="mailto:contact@cfar.org">contact@cfar.org</a>. Il est nécessaire d'explicitier son engagement personnel dans la démarche d'équipe.</p> <p>Les dossiers de demande de validation seront évalués au regard de plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'élaboration et la mise œuvre d'actions d'amélioration des pratiques ;</li> <li>- les informations relatives au recueil des données et au suivi du déroulement de la démarche ;</li> <li>- le suivi des actions d'amélioration entreprises.</li> </ul>
<b>Documents joints</b>	<p><a href="https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/">https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/</a></p> <p><a href="https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/validation-epp/">https://cfar.org/formations/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp/validation-epp/</a></p>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 46. Pratiques professionnelles – Participation régulière à un registre de pratiques

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010590
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Registre
<b>Description</b>	<p>Un registre de pratiques est une base de données constituée de données standardisées issues des pratiques professionnelles à propos d'un thème spécifique.</p> <p>Le médecin participe à une démarche structurée en 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– S'engager individuellement dans la démarche : à cette occasion des informations générales concernant l'activité et les pratiques du professionnel peuvent être recueillies.</li> <li>– Participer au registre : Les données issues de sa pratique sont enregistrées selon des conditions définies précisément et préalablement par le promoteur du registre (nombre de cas à inclure, renseignement des items demandés, respect des modalités d'inclusion et des délais, etc.). Des indicateurs de pratiques utilisant des données particulièrement significatives sont calculés et suivis.</li> <li>– Prendre connaissance du retour d'informations qui lui est délivré à intervalles réguliers. Il s'agit des résultats de l'analyse des données enregistrées, notamment sous la forme d'indicateurs de pratique. Ces indicateurs permettent d'objectiver la qualité des soins et d'assurer le suivi des démarches d'amélioration entreprises.</li> <li>– Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de ses pratiques.</li> </ul> <p>Ces actions d'amélioration peuvent comprendre à une formation. Le suivi (et l'impact) sur les pratiques est mesuré et évalué régulièrement (suivi d'indicateurs, audit, bilan d'activité, enquête ...).</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 47. Pratiques professionnelles – Autre action d'amélioration des pratiques professionnelles

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010591
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action d'amélioration des pratiques professionnelles
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 48. Sécurité des patients – Formation des experts des organismes agréés d'accréditation par la HAS

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010592
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Réalisation de la formation des experts des organismes agréés d'accréditation par la HAS. Activité en tant qu'expert accréditation au sein de l'organisme agréé d'accréditation.
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de formation, nombre de bilans / évènements indésirables analysés en tant qu'expert, participation aux réunions des experts, etc.
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 49. Sécurité des patients - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la thématique équipe ou facteurs humains et organisationnels

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010593
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. ».</p> <p>La simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé et permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;</li> <li>➔ d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;</li> <li>➔ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;</li> <li>➔ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;</li> <li>➔ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</li> </ul> <p>La simulation au sein de son propre établissement avec son équipe habituelle, son équipement habituel est un plus par rapport à la simulation en centre.</p> <p>La simulation in situ se caractérise par l'organisation de séance de formation par simulation dans l'environnement de travail de l'équipe formée. Il s'agit d'immerger l'équipe dans son environnement professionnel afin d'atteindre un degré de réalisme maximal. Cette pratique permet d'évaluer le niveau d'efficacité d'une organisation réelle au sein du service où elle est mise en œuvre : prise en charge des situations de crises, repérage des situations de blocage, fonctionnement de l'équipe (communication, leadership...), évaluation du matériel mis à disposition... La simulation in situ offre ainsi un degré de réalisme accru en termes d'environnement humain et technique.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de présence

<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

---

## Annexe 50. Sécurité des patients – Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles spécifiques à la thématique gestion des risques

Référence SIAM 2	ACT_2024_010594
Création	2024
Mise à jour	
Type d'activité	Autre
Description	Participation à l'élaboration de recommandations professionnelles (institution, société savante) spécifiques à la thématique gestion des risques.
Modalités d'évaluation	Attestation de participation à un groupe de travail, recommandation, etc.
Documents joints	
Champs d'activité	Tous

## Annexe 51. Sécurité des patients – Activité de recherche clinique, publication d'articles, communications scientifiques sur la thématique gestion des risques de la discipline

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010595
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Activités de recherche clinique sur la thématique « équipe ou facteurs humains ou organisationnels » effectuées dans le cadre d'une unité de recherche labélisée ou d'une université.</li> <li>➔ Article publié ou communication scientifique sur la thématique « équipe ou facteurs humains ou organisationnels » dans une revue scientifique référencée.</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Référence de la publication, description de la recherche effectuée
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 52. Sécurité des patients – Parcours thématique au congrès SFAR

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010596
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Parcours thématique au congrès SFAR
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de participation
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

### Annexe 53. Sécurité des patients - Protocolisation d'une situation à risques ou d'un protocole médical d'établissement validé par la CME et évaluation

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010597
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Etude de risque
<b>Description</b>	Protocolisation d'une situation à risques ou d'un protocole médical d'établissement validé par la CME et évaluation
<b>Modalités d'évaluation</b>	Protocole, évaluation
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 54. Sécurité des patients – Mise en œuvre et/ou évaluation d'une solution pour la sécurité des patients

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010598
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Mise en œuvre et/ou évaluation d'une solution pour la sécurité des patients</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#toc_1_3_1">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#toc_1_3_1</a></p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion d'une désaturation au bloc opératoire chez un patient intubé en ventilation mécanique</li> <li>- Gestion d'une erreur de côté ou de site opératoire</li> <li>- Précautions à prendre lors de l'implantation d'une tige cimentée de prothèse de hanches</li> <li>- L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?</li> <li>- No Go au bloc opératoire : comment renforcer les barrières de sécurité ?</li> <li>- Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ? Fiche pratique « bistouri électrique et stimulateurs cardiaques »</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document apportant une preuve de la mise en œuvre en pratique de la solution pour la sécurité du patient.
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

**Annexe 55. Sécurité des patients – RMM, CREX, REMED réalisées en établissement ou organisées dans le cadre de programmes intégrés de DPC proposés par l'OA / Mise en œuvre d'un plan d'amélioration avec évaluation des actions décidées – OBLIGATOIRE**

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010599
<b>Création</b>	2011
<b>Mise à jour</b>	2024
<b>Type d'activité</b>	Activité d'EPP
<b>Description</b>	<p><b>Activité obligatoire.</b></p> <p>Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication (EIG) ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (EIAS), et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.</p> <p>L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou plusieurs individus. A l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p> <p>Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.</p> <p>La RMM est une démarche connue et déjà utilisée par de nombreuses équipes. Un groupe de travail mis en place par la HAS regroupant des organismes professionnels, les fédérations hospitalières, l'Institut de veille sanitaire et les usagers a produit en juin 2009 un guide méthodologique et une brochure de synthèse (disponibles en téléchargement libre et gratuit sur AC et/ou AAP.has-sante.fr) afin de formaliser et valoriser les RMM déjà en place et de les promouvoir au sein des équipes qui ne les utilisaient pas encore. Les documents publiés sont marqués par le souci d'intégrer les RMM à la pratique clinique habituelle des équipes et la possibilité de pouvoir adapter le cadre proposé aux différents modes d'exercice des professionnels de santé concernés. Ils donnent tous les éléments nécessaires et suffisants pour ceux qui souhaiteraient mettre en œuvre une RMM.</p> <p>Les actions décidées doivent par la suite être mises en œuvre dans un plan d'amélioration puis évaluées.</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Bilan annuel de RMM, charte de fonctionnement, etc.
<b>Documents joints</b>	<a href="https://has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm">has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm</a>

Champs d'activité

Tous

## Annexe 56. Sécurité des patients - Actions d'analyse de pratiques en matière de gestion des risques proposés par des OA ou réalisées en établissements

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010600
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Actions <b>d'analyse de pratiques en matière de gestion des risques</b> proposés par des OA ou réalisées en établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de situations à risques dans leurs pratiques et élaboration de protocoles de prévention, récupération et atténuation de ces éventuels EIAS survenus dans ces circonstances pré-identifiées</li> <li>- Suivi d'indicateurs de qualité et sécurité des soins (<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737">https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737</a>)</li> </ul> <p>Exemple de situation à risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des surdosages, situations à risque hémorragique et accidents hémorragiques chez des patients sous anti-coagulants ou anti-plaquet-taires</li> <li>- Prévenir le risque d'erreur d'administration des médicaments en anesthésie et en réanimation (<a href="https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/">https://sfar.org/preconisations-2016-prevention-des-erreurs-medicamenteuses-en-a-r/</a>)</li> <li>- Réduire le risque lié à un contrôle non prévu difficile des voies aériennes supérieures</li> <li>- Prévenir le retard transfusionnel en anesthésie et en réanimation</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Réunions de sensibilisation avec le compte-rendu</li> <li>➔ Protocole de coopération</li> <li>➔ Indicateurs</li> </ul>
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 57. Sécurité des patients – Autre action d'amélioration de la sécurité des patients

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010601
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action d'amélioration de la sécurité des patients
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

**Annexe 58. Santé du professionnel – Actions de formation sur le thème de la santé personnelle du médecin, e-learning, DIU « Soigner les soignants »**

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010602
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Actions de formation sur le thème de la santé personnelle du médecin délivrées par des organismes agréés d'accréditation avec label de formation Qualiopi (ex : sensibilisation à la radioprotection)</li> <li>➔ DIU « Soigner les soignants »  <a href="http://diu-soignerlessoignants.fr/">http://diu-soignerlessoignants.fr/</a></li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de formation
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 59. Santé du professionnel - Activités de recherche clinique, publication d'articles sur la thématique « santé du professionnel »

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010603
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Activités de recherche clinique sur la thématique « Santé du professionnel » effectuées dans le cadre d'une unité de recherche labellisée ou d'une université</li> <li>➔ Article publié sur la thématique « Santé du professionnel » dans une revue scientifique référencée</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Référence de la publication, description de la recherche effectuée
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 60. Santé du professionnel – Programme de prévention en santé

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010604
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Programme de prévention en santé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Respect du calendrier vaccinal <a href="https://professionnels.vaccination-info-service.fr/">https://professionnels.vaccination-info-service.fr/</a></li><li>– Suivi des recommandations générales de dépistage selon son âge et son sexe <a href="http://vosconseilsdepistage.e-cancer.fr/">http://vosconseilsdepistage.e-cancer.fr/</a></li><li>– Prévention et gestion des risques psycho-sociaux <a href="https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/">https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/</a></li><li>– Prise en compte d'actions en santé environnementale ou nutritionnelle et d'activités physiques et sportives</li></ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Déclaration des actions réalisées, certificat ou autre document si existant
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 61. Santé du professionnel – Repérage de situations à risque critique pour le patient et pour le professionnel de santé et actions à mener urgemment

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010605
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Etude de risques
<b>Description</b>	<p><b>Repérage de situations à risque critiques pour le patient et pour le professionnel</b> de santé et actions à mener urgemment : comment les identifier, comment les prévenir, comment les prendre en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Syndrome d'épuisement professionnel (Burnout, stress professionnel) <a href="https://rps-tests.fr">SMART TESTS INDIVIDUELS burnout (rps-tests.fr)</a></li> <li>– Syndrome dépressif</li> <li>– Risque suicidaire</li> <li>– Addictions</li> </ul> <p><a href="https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/fiches-pratiques-a-telecharger/">https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/fiches-pratiques-a-telecharger/</a></p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Déclaration des actions réalisées, certificat ou autre document si existant
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 62. Santé du professionnel – Programme de prévention des risques spécifiques selon les disciplines

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010606
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Programme de prévention <b>de risques spécifiques selon les disciplines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque musculosquelettique</li> <li>– Exposition aux gaz anesthésiques <a href="https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/exposition-professionnelle-aux-gaz-anesthésiques-pour-inhalation-partie-2">https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/exposition-professionnelle-aux-gaz-anesthésiques-pour-inhalation-partie-2</a></li> <li>– Bruits et nuisances sonores au bloc <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677147/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677147/</a></li> <li>– Pollution par les fumées liées à l'utilisation des bistouris électriques</li> <li>– Radioprotection : mise en œuvre des obligations réglementaires (formation à la radioprotection pour tous les médecins utilisant les rayonnements ionisants à renouveler au moins tous les 3 ans et formation à la radioprotection des patients à renouveler tous les 10 ans, mise en œuvre effective des actions de protection personnelle) <a href="https://www.irsn.fr/node/1690">https://www.irsn.fr/node/1690</a> <a href="https://www.asn.fr/l-asn-reglemente/guides-de-l-asn/principales-dispositions-reglementaires-de-radioprotection-applicables-en-radiologie-medicale-et-dentaire">https://www.asn.fr/l-asn-reglemente/guides-de-l-asn/principales-dispositions-reglementaires-de-radioprotection-applicables-en-radiologie-medicale-et-dentaire</a></li> <li>– RPP SFAR : Réduction de l'impact environnemental de l'anesthésie générale <a href="https://sfar.org/comites/developpement-durable/fiches-pratiques/sfar-green/">https://sfar.org/comites/developpement-durable/fiches-pratiques/sfar-green/</a></li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Déclaration des actions réalisées, certificat ou autre document si existant
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 63. Santé du professionnel - Auto-évaluation de son état de santé et son suivi, avec propositions de programmes de suivi ou de prise en charge

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010624 / ACT_2024_010627	ACT_2024_010625 /	ACT_2024_010626 /
<b>Création</b>	2024		
<b>Mise à jour</b>			
<b>Type d'activité</b>	Auto-évaluation		
<b>Description</b>	<p><b>Auto-évaluation de son état de santé</b> et son suivi, avec propositions de programmes de suivi ou de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Auto-questionnaires HAS/OA « Santé globale (année 1) », « Vie professionnelle (année 2) », « Vie extra-professionnelle (année 3) et « Prise en compte de son état de santé dans son exercice (année 4) ».</li> </ul> <p>Ces questionnaires, proposés à l'ensemble des médecins accrédités, ont pour objectif de réaliser une analyse unique de l'état de santé des professionnels dans les spécialités concernées par l'accréditation. Les réponses au questionnaire sont strictement confidentielles : l'expert, les autres membres de l'équipe, la HAS, etc. ne peuvent avoir accès aux données individuelles confiées dans le cadre du questionnaire (une exploitation sur l'ensemble des réponses sera réalisée).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Mise en place d'actions suite au repérage de situations à risque critiques pour le patient et pour le professionnel de santé par exemple à l'aide d'une association telle que l'association MOTS (<a href="https://www.association-mots.org/nos-cooperations/">https://www.association-mots.org/nos-cooperations/</a>)</li> </ul>		
<b>Modalités d'évaluation</b>	Le SIAM indique si le questionnaire a été complété.		
<b>Documents joints</b>			
<b>Champs d'activité</b>	Tous		

## Annexe 64. Santé du professionnel – Réalisation en individuel ou en équipe des autotests CFAR, identification des points de difficulté, mise en œuvre d’actions d’amélioration

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010608
<b>Création</b>	2023
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d’activité</b>	Auto-évaluation
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Réalisation en individuel d’autotests</b> CFAR et identification de points de difficultés</li> <li>➔ <b>Réalisation en équipes accréditées des autotests</b> du CFAR, et mise en œuvre d’actions d’amélioration en cas de difficulté ou de souffrance d’un membre de l’équipe</li> </ul> <p><a href="https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/auto-tests/">https://sfar.org/comites/sante-au-travail-smart/auto-tests/</a></p>
<b>Modalités d’évaluation</b>	Description des modalités de réalisation des auto-tests, et des actions mises en œuvre le cas échéant
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d’activité</b>	Tous

## Annexe 65. Santé du professionnel – Autre activité d'amélioration de la santé du professionnel

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010609
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action d'amélioration de la santé du professionnel.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Participation aux journées « gestion du stress »</li><li>- Formation softskills</li><li>- Exemple : Campagne « Dis doc, t'as ton doc ? » <a href="https://cfar.org/didoc/">https://cfar.org/didoc/</a></li></ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 66. Questionnaire « santé du professionnel »

Auto-questionnaires « santé du professionnel » déclinables sur toute la période quadriennale du programme d'accréditation :

- AQ1 Santé globale (année 1)
- AQ2 Vie professionnelle (année 2)
- AQ3 Vie extra-professionnelle (année 3)
- AQ4 Prise en compte de son état de santé dans son exercice (année 4)

Santé globale		
Avez-vous un médecin référent / traitant ?	<input type="checkbox"/> Oui	A quelle fréquence le consultez-vous ? <input type="checkbox"/> Selon les besoins (pas de périodicité fixe) <input type="checkbox"/> Une fois par an <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par an
	<input type="checkbox"/> Non	Pour quelles raisons ? <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de besoins spécifiques, ni de pathologie le nécessitant <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas confier ma santé et la gestion de mes problèmes à un médecin référent <input type="checkbox"/> Je ne prends pas le temps de consulter « formellement » un confrère <input type="checkbox"/> Autre motif
Êtes-vous votre propre médecin référent ?	<input type="checkbox"/> Oui	Organisez-vous votre suivi médical et paramédical avec recours en tant que de besoin, à des confrères spécialistes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non	
Disposez-vous de ressources spécifiques de suivi médical (ex. médecine du travail ...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	Sont-elles satisfaisantes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non	
Votre calendrier vaccinal est-il à jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Suivez-vous les recommandations de dépistage, en fonction de votre âge ? (sein, colon, utérus...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné



<p>Êtes-vous fréquemment soumis(e) à des appels ou demandes de toutes sortes pendant votre pratique (interruptions de tâches) ?</p>	<input type="checkbox"/> Très rarement <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Très souvent	
<p>Êtes-vous de garde ou d'astreinte plusieurs nuits par semaine ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<p>Disposez-vous d'un temps de récupération après les astreintes de nuit et de week-end ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois
<p>Vous sentez vous soutenu par vos collègues ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Exceptionnellement	
<p>Vous sentez vous soutenu par l'administration ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Exceptionnellement <input type="checkbox"/> Non	
<p>Avez-vous l'impression que votre travail est reconnu/valorisé ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Exceptionnellement <input type="checkbox"/> Non	
<p>Avez-vous l'impression que votre travail a un sens ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Exceptionnellement <input type="checkbox"/> Non	
<p>Envisagez-vous une reconversion professionnelle dans une autre discipline médicale ou dans un autre champ d'activité médicale, voire en dehors du domaine médical ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non	
<p>Envisagez-vous de pratiquer votre travail à ce rythme jusqu'à votre retraite ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>Subissez-vous la charge mentale et/ou les conflits liés à l'utilisation des réseaux sociaux ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Vie extra-professionnelle	
Pouvez-vous facilement vous faire remplacer par un confrère pour partir en vacances ou libérer du temps libre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
« Votre famille juge-t-elle que vous gardez suffisamment de temps pour elle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Disposez-vous de suffisamment de temps pour vos loisirs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Considérez-vous que votre vie sociale extra-professionnelle est adaptée à vos besoins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel est votre degré de satisfaction sur votre articulation entre votre vie privée et votre vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Insignifiant <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Très important

Prise en compte de son état de santé dans son exercice		
Suite aux auto-évaluations réalisées au cours de votre cycle quadriennal, à quel stade pensez-vous être ?	1 - Identification des obstacles potentiels à la prise en compte de votre état de santé (manque de temps, de motivation, de moyens [en particulier médecine du travail ou difficulté d'accès à un médecin référent], situation de déni, mécanismes d'adaptations, etc.) et des perspectives d'amélioration envisagées	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Non réalisé
	2 - Identification des risques (médicaux, psychosociaux, sociétaux, environnementaux, financiers, bien-être/qualité de vie au travail, etc.) pouvant avoir un impact sur votre santé personnelle, recherche et mise en place de solutions	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Non réalisé
	3 - Elaboration de stratégies d'amélioration de la santé et de la prévention dans différents domaines de la santé (dépistages, vaccins, hygiène de vie, conditions de travail, etc.)	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Non réalisé
	4 - Identification en équipe des facteurs de vigilance pour la santé des autres membres de l'équipe (notamment dans le cadre du programme d'accréditation équipe)	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Non réalisé

## Annexe 67. Relation avec le patient – Actions de formation sur le thème de la relation avec le patient

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010610
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description</b>	<p>Actions de formation sur le thème de la relation patient délivrées par des organismes agréés labellisés Qualiopi, sur la base des documents ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551</a></li> <li>– Dispositif d'annonce du diagnostic d'un cancer (INCA) <a href="https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce">https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce</a></li> <li>– Annonce d'un dommage associé aux soins (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138">https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138</a></li> <li>– Annonce d'une mauvaise nouvelle (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028">https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028</a></li> <li>– Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418</a></li> <li>– Outil « Faire dire – Communiquer avec son patient » (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334</a></li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de formation
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 68. Relation avec le patient - Participation à un programme labellisé de simulation, serious game, réalité virtuelle sur la relation avec le patient

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010611
<b>Création</b>	2022
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. ».</p> <p>La simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé et permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;</li> <li>➔ d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;</li> <li>➔ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;</li> <li>➔ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;</li> <li>➔ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</li> </ul> <p>La simulation au sein de son propre établissement avec son équipe habituelle, son équipement habituel est un plus par rapport à la simulation en centre.</p> <p>La simulation in situ se caractérise par l'organisation de séance de formation par simulation dans l'environnement de travail de l'équipe formée. Il s'agit d'immerger l'équipe dans son environnement professionnel afin d'atteindre un degré de réalisme maximal. Cette pratique permet d'évaluer le niveau d'efficacité d'une organisation réelle au sein du service où elle est mise en œuvre : prise en charge des situations de crises, repérage des situations de blocage, fonctionnement de l'équipe (communication, leadership...), évaluation du matériel mis à disposition... La simulation in situ offre ainsi un degré de réalisme accru en termes d'environnement humain et technique.</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641">https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641</a></p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Attestation de présence

<b>Documents joints</b>	<a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf</a>
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 69. Relation avec le patient - Activités de recherche clinique, publication d'articles sur la thématique « Relations avec les patients »

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010612
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Activités de recherche clinique sur la thématique « Relations avec les patients » effectuées dans le cadre d'une unité de recherche labellisée ou d'une université.</li> <li>➔ Article publié sur la thématique « Relations avec les patients » dans une revue scientifique référencée.</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Référence de la publication, description de la recherche effectuée
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 70. Relation avec le patient - Programmes visant à améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010613
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Programmes visant à améliorer l'accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772619">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772619</a>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité (fiches, description des programmes...)
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 71. Relation avec le patient – Implication dans la gestion et la formation d'associations de patients

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010614
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Implication dans la gestion et la formation d'associations de patients
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 72. Relation avec les patients – Fiches d’information et de recueil du consentement du patient, programmes de décision médicale partagée

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010615
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d’activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Conception, utilisation et suivi de <b>fiches d’information et de recueil du consentement des patients</b></p> <p>Conception et participation à la mise en place de programmes associant des patients de <b>décision médicale partagée</b> (consentement éclairé, balance bénéfices risques)</p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble</a></p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf</a></p>
<b>Modalités d’évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l’activité (fiches, description des programmes, résultats du suivi...)
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d’activité</b>	Tous

### Annexe 73. Relation avec le patient – Conception et participation à la mise en place de programmes de soins associant des patients / éducation thérapeutique

Référence SIAM 2	ACT_2024_010616
Création	2024
Mise à jour	
Type d'activité	Autre
Description	<p>Conception et participation à la mise en place de <b>programmes de soins associant des patients - éducation thérapeutique</b></p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf</a></p> <p><a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi</a></p>
Modalités d'évaluation	Tout document de preuve en lien avec l'activité (fiches, description des programmes, résultats du suivi...)
Documents joints	
Champs d'activité	Tous

## Annexe 74. Relation avec le patient – Participation à un dispositif d'annonce

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010617
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Dispositif d'annonce du diagnostic d'un cancer (INCA) <a href="https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce">https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce</a></li> <li>➔ Annonce d'un dommage associé aux soins (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138">https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138</a></li> <li>➔ Annonce d'une mauvaise nouvelle (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028">https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028</a></li> <li>➔ Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique (HAS) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418</a></li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité (fiches, description des programmes, résultats du suivi...)
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 75. Relation avec le patient – Elaboration ou participation à des programmes encadrés d'E-santé

Référence SIAM 2	ACT_2024_010618
Création	2024
Mise à jour	
Type d'activité	Autre
Description	Elaboration ou participation à des <b>programmes encadrés d'E-santé</b> <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf</a>
Modalités d'évaluation	Explication du programme, tout document de preuve en lien avec l'activité
Documents joints	
Champs d'activité	Tous

## Annexe 76. Relation avec le patient – Recueillir et analyser le récit du patient dans la survenue d'un EIAS

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010619
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	<p>Recueillir et utiliser le récit du patient dans l'analyse d'un EIAS. Il ne s'agit pas de faire participer le patient à l'analyse collective de l'évènement, mais de disposer de sa vision, complémentaire de l'analyse des professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652</a></li><li>- <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/fiche_information_patients.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/fiche_information_patients.pdf</a></li><li>- <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817">https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817</a></li></ul>
<b>Modalités d'évaluation</b>	Déclaration d'un EIAS comportant le récit du patient
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 77. Relation avec le patient – Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (patients traceurs, e-satis, PREMS/PROMS)

Référence SIAM 2	ACT_2024_010620
Création	2024
Mise à jour	
Type d'activité	Activité d'EPP
Description	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Programme d'EPP associant les patients (<b>patients traceurs</b>) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803</a></li> <li>➔ Participation à une action spécifique de EPP en équipe accréditée sur la base des retours d'indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>e-Satis</b> : le patient évalue son niveau de satisfaction et partage son expérience depuis l'entrée à la sortie de l'établissement. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354</a> <a href="http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/flyer_e-satis_versionsalon_pro_vf_120122.pdf">www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/flyer_e-satis_versionsalon_pro_vf_120122.pdf</a></li> </ul> <p>Ce score global peut être recueilli par le médecin au niveau de son établissement. La HAS peut fournir un score sur la qualité de la prise en charge à partir d'une dizaine de questions extraites de l'e-Satis : écoute, soutien, respect de l'intimité, respect de la confidentialité, de la communication, de la prise en charge de la douleur, ...</p> <p>L'équipe de médecins anesthésistes-réanimateurs a pu développer son propre questionnaire d'évaluation de la satisfaction du patient : consultation, bloc opératoire, SSPI, douleur, NVPO, sortie...</p> </li> <li>– indicateur de l'expérience rapportée par le patient (patient reported experienced/outcome measures, <b>PREMS/PROMS</b>) <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3325627">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3325627</a></li> </ul> <p>Les PREMS sont des instruments mesurant l'expérience perçue par le patient. Ces instruments, à l'approche quantitative, sont la méthode la plus utilisée pour évaluer l'expérience perçue par le patient. Comme les PROMs, les PREMs sont le plus souvent auto-administrés par le patient ; les réponses peuvent également être saisies, en cas de besoin, par un intermédiaire comme un aidant du patient.</p> <p>Les PREMs mesurent une ou plusieurs dimensions de l'expérience perçue par le patient (ex. : la qualité des informations reçues, l'attention qui a été portée à la douleur du patient, les délais d'attente, les relations et les interactions avec les offreurs de soins). Les PREMs sont davantage utilisés pour mesurer la qualité des soins au niveau des organisations de santé, plutôt qu'au niveau de la pratique clinique.</p>
Modalités d'évaluation	Score E-satis Résultats questionnaires patients et actions d'amélioration proposées
Documents joints	



## Annexe 78. Relation avec le patient – Participation aux registres de pratique intégrant un recueil de données patients

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010621
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Participation aux registres de pratique intégrant un recueil de données patients
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 79. Relation avec le patient – Analyse des modalités de délivrance de l'information aux patients

<b>Référence SIAM 2</b>	ACT_2024_010622
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Analyse des modalités de délivrance de l'information aux patients (information, consentement, documents SFAR, autorisation mineur ou protection juridique, etc.)
<b>Modalités d'évaluation</b>	Résultats d'analyse, actions mises en place
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

## Annexe 80. Relation avec le patient – Autre action d'amélioration de la relation avec le patient

<b>Documents joints</b>	ACT_2024_10623
<b>Champs d'activité</b>	Tous
<b>Référence SIAM 2</b>	
<b>Création</b>	2024
<b>Mise à jour</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description</b>	Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action visant à améliorer la relation avec le patient.
<b>Modalités d'évaluation</b>	Tout document de preuve en lien avec l'activité
<b>Documents joints</b>	
<b>Champs d'activité</b>	Tous

# Références bibliographiques

---

Ici les références bibliographiques

# Participants

---

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

## Groupe de travail

Pr Hervé BOUAZIZ – Président CFAR

Pr Paul-Michel MERTES – Président de l'OAA

Dr Jean-Marc DUMEIX- Secrétaire Général CFAR et GOAA

Dr Patrick-Georges YAVORDIOS – Vice-Président CFAR et Président Commission Accréditation

Dr Jean TOURRES Trésorier CFAR et GOAA

Mme Marie Nodanche Assistante de Direction Chargée de l'accréditation

Dr Philippe CABARROT, conseiller médical HAS

Mme Marie CONIEL, cheffe de projet HAS

M. Rachid FOURALI, chef de projet HAS

Mme Anne-Sophie GROSSEMY, cheffe de projet HAS

Mme Frédérique HANIQUAUT, cheffe de projet HAS

## Groupe de lecture

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

# Abréviations et acronymes

---

HAS Haute Autorité de santé

OA Organisme agréé

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

