

meilleurs
voeux
2014!

36

LETTRE INFO N°36 JANVIER 2014 DU COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

SÉCURITÉ : UNE NÉCESSITÉ POUR LE PATIENT, UNE NÉCESSITÉ POUR LE PROFESSIONNEL / VOTRE ACCRÉDITATION, EN VOICI LES RETOURS D'EXPÉRIENCES / SOLUTIONS POUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT (SSP), LA SUITE LOGIQUE DU DISPOSITIF DE L'ACCRÉDITATION DES MÉDECINS / ÉTUDE DES ÉVÈNEMENTS PORTEURS DE RISQUE NON CIBLÉS DECLARÉS EN 2012 EN FRANCE PAR LES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS / ENQUÊTE RMM EN ANESTHÉSIE / COURS EUROPÉEN (CEEA) ET DPC, ÇA S'EST PASSÉ EN NORMANDIE !! / LE PLAN D'ACTIONS SMART : ÉLÉMÉNTS D'UN PREMIER BILAN / LE CFAR AUX JEPU : STAND ET PROGRAMME / LAURÉATS DES PRIX DU CFAR À LA SFAR 2013 / MEILLEUR MÉMOIRE D.E.S





meilleurs
voeux
2014!

LETTRE INFO N°36 - JANVIER 2014

Publié par le CFAR :
COLLÈGE FRANÇAIS
DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS
74 rue Raynouard - 75016 Paris
contact@cfar.org

© tous droits réservés
Paris, 2014

p.4 -Éditorial

- Sécurité : une nécessité pour le patient, une nécessité pour le professionnel.

→ *J. Fusciardi*

p.6 – Accréditation des médecins

- Votre Accréditation, en voici les retours d'expériences :

- Causes profondes des EPR, à propos de 845 analyses ALARM.

→ *PG. Yavordios*

- Sinistralité et accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs : existe-t-il un lien ?

→ *M. Sfez, PG. Yavordios*

• Solutions pour la Sécurité du Patient (SSP), la suite logique du dispositif de l'accréditation des médecins.

→ *G. de Saint Maurice*

• Étude des événements porteurs de risque non ciblés déclarés en 2012 en France par les anesthésistes-réanimateurs.

→ *J. Renner, G. de Saint Maurice, J. Tourres, PG. Yavordios, D. Benhamou, J. Fusciardi*

p.14 – Infos en Anesthésie-Réanimation

- Enquête RMM en Anesthésie : les premières indications.

→ *B. Tavernier*

p.16 – Développement Professionnel Continu (DPC)

- Cours Européen (CEEA)

et DPC, ça s'est passé en Normandie !!

→ *B. Dureuil, V. Compère*

p.18 – SMART

- Le plan d'actions SMART : Éléments d'un premier bilan

→ *MA. Doppia*

p.20 – Évènements

- Le CFAR aux JEPU : Stand et programme

• Lauréats des prix du CFAR à la SFAR 2013

- Meilleur Mémoire D.E.S

→ *A. Dominique*



Pour en savoir plus
Flashez ce code et
accédez directement
à www.cfar.org





ÉDITORIAL

→ JACQUES FUSCIARDI - PRÉSIDENT DU CFAR

LA SÉCURITÉ : UNE NÉCESSITÉ POUR LE PATIENT, UNE NÉCESSITÉ POUR LE PROFESSIONNEL

La sécurité du patient est servie par votre engagement dans l'Accréditation. **Cette lettre info vous rapporte 3 retours d'expérience qui témoignent de l'impact de votre engagement.**

→ A partir de la base de données de l'Assureur Branchet un parallélisme a été observé entre engagement dans la procédure d'Accréditation du CFAR et une baisse contemporaine de sinistralité (- 10 %) chez les médecins engagés. Parallèlement, la sinistralité n'a pas varié chez les non-engagés. Il n'est pas question cependant de conclure ici à une relation de cause à effet de type l'Accréditation diminue la sinistralité, en raison de réserves méthodologiques inhérentes à ce type d'étude. En revanche, le label Accréditation concerne des médecins dont la sinistralité a globalement diminué.

→ A quoi servent vos déclarations analyse d'EPR ? Lisez les rubriques développées plus loin dans cette lettre par le Docteur J. Tourrèes et le Professeur G. de Saint Maurice, vous serez édifiés ! Vos déclarations d'**EPR non ciblés** finissent par constituer un petit trésor **riche d'enseignements**. On y apprend que vos déclarations concernent majoritairement l'erreur de côté ou l'erreur d'identité. On y apprend aussi que la check-list multidisciplinaire bien faite permet grâce à sa phase 1 de les réduire. Mais elle peut aussi être une barrière de sécurité perméable, car contournée, ou inadaptée à certaines organisations, ou de réalisation dégradée. Aussi, cette étude montre que deux autres alliés de premier plan ne doivent pas être négligés : la vigilance des personnels et celle des patients. On connaît par ailleurs l'intérêt d'une politique locale concernant le signalement de côté et l'identitovigilance. Les **barrières de prévention** étant faillibles, nous avons besoin de disposer de **barrières d'atténuation** des événements indésirables avérés. Vos EPR permettent d'en imaginer, bâties préférentiellement pour atténuer les EPR les plus fréquents et/ou les plus préoccupants. Ainsi, la situation de l'hypoxémie survenant lors d'une anesthésie générale avec ventilation mécanique a-t-elle fait l'objet d'une première démarche de ce type. Elle vous est présentée ici et sera prochainement disponible sur le site web du CFAR et sur celui de la HAS. La barrière suivante concerne l'EPR erreur de côté et ALR.

→ La sécurité du patient, c'est aussi une pratique clinique basée sur l'état de l'art, l'expérience, l'évaluation et la réflexion. Sur ces principes, un programme DPC expérimental a été imaginé. Il juxtapose les mises à jour proposées par les Cours européens (CEEA) et une méthode interactive d'évaluation. Le CFAR a apporté son soutien quant à la mise en place de la partie évaluative et pour la construction du circuit administratif et financier. L'adhésion enthousiaste des participants à cette formule originale, qui permet en 2 jours et demi, la validation d'**un programme DPC** de spécialité avec ses 2 composantes (cognitive et évaluative), est rapportée dans cette lettre info.

La sécurité des professionnels : « être écouté, ça peut aider ». Depuis le 1^{er} octobre dernier, un numéro vert (0 800 00 69 62) est à disposition des médecins, internes et paramédicaux de la spécialité pour faire face en urgence à une situation de détresse morale. Ce service d'écoute, anonyme et gratuit, s'intègre dans un ensemble de ressources et d'orientations secondaires possibles pour la prise en charge, soutien et réhabilitation. Ce service résulte du travail mené en amont depuis 2009 par notre commission SMART. Son enquête menée en 2010 concernant la santé au travail des médecins de notre Discipline avait révélé la difficulté ressentie pour aider un collègue en difficulté, et l'utilité potentielle d'une aide extérieure. Ce nouveau service vient ainsi combler le vide préexistant en France dans le domaine de la santé des professionnels au travail. Se préoccuper de la santé des professionnels, c'est aussi indirectement agir pour la sécurité des patients.

VOTRE ACCRÉDITATION : EN VOICI LES RETOURS D'EXPÉRIENCES

Causes profondes des EPR, à propos de 845 analyses ALARM

→ PG. YAVORDIOS

Le cabinet Branchet, courtier spécialisé dans l'assurance en responsabilité des médecins du plateau technique lourd, a souhaité mettre à disposition sa base de donnée concernant sa sinistralité.

Ainsi les médecins mandatés par le cabinet Branchet ont pu étudier 845 dossiers concernant l'anesthésie réanimation entre 2009 et 2013 et les enrichir d'une analyse de recherche de cause selon le principe de la méthode ALARM en 7 étapes.

En fonction de l'évolution des assurés, environ 2 000 anesthésistes réanimateurs (AR) ont été inclus dans cette étude.

L'idée était de considérer le dommage à l'origine du sinistre et de la mise en cause comme un évènement indésirable grave (EIG) et de l'analyser avec la même méthodologie que les évènements porteurs de risque (EPR) du programme d'accréditation.

Les comptes rendu d'expertise, ceux du médecin conseil (assistant conseil) et de l'avocat ainsi qu'une fiche de débriefing (fiche ASSPRO) étaient à la disposition du médecin investigateur. Possibilité lui était donnée d'accéder en cas de besoin à l'intégralité du dossier médical.

Enfin tous les documents concernant d'autres médecins mis en cause autres que l'anesthésiste réanimateur étaient également à disposition. La recherche de causalité de chacune des 7 étapes de la méthode ALARM a été gradée entre « *pas du tout* », « *partielle* », « *totale* ». L'équipe se comprend comme mono disciplinaire en anesthésie réanimation

Les résultats révèlent :

- | | | |
|--|--|--|
| <p>1. Que l'état de santé et les comorbidités du patient sont partiellement ou totalement en cause dans 67% des cas.</p> <p>2. Que le geste médical est partiellement ou totalement en cause dans 46% des cas.</p> <p>3. Que l'individu qui a réalisé le geste médical est partiellement ou totalement en cause dans 54 % des cas.</p> <p>4. Que l'environnement est partiellement ou totalement en cause dans 39 % des cas.</p> | <p>5. Que l'équipe mono disciplinaire d'anesthésie-réanimation est partiellement ou totalement en cause dans 38 % des cas.</p> <p>6. Que l'organisation est partiellement ou totalement en cause dans 44% des cas.</p> <p>7. Que le contexte institutionnel est partiellement ou totalement en cause dans 8 % des cas.</p> | <p>les EPR de la base REX de l'accréditation des médecins. Un projet serait de faire cette analyse en multidisciplinaire avec une grille de recueil standardisée comportant des menus déroulants remplis par les assistants conseils après les expertises.</p> <p>Dans ce cas, 6 500 médecins du plateau technique lourd, tous admissibles à l'accréditation, seraient concernés et cela irait dans le sens de l'accréditation en équipe qui semble être un bon vecteur de l'amélioration des soins.</p> |
| <p>Ces résultats méritent maintenant d'être analysés, notamment en croisant avec</p> | | |

Sinistralité et accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs : Existe-t-il un lien ?

→ M. SFEZ / PG. YAVORDIOS

L'accréditation des médecins exerçant des spécialités à risque s'est mise en place il y a maintenant plus de 5 ans. Elle combine l'ambition d'améliorer la sécurité des patients et de garantir l'assurabilité des médecins exerçant ces spécialités.

Parmi celles-ci, l'anesthésie-réanimation occupe une place particulière car la discipline a su démontrer qu'elle a réduit notablement la mortalité à la fin du 20^{ème} siècle. L'apport de l'accréditation à la sécurité des patients anesthésiés n'a pas encore été mesuré.

La majeure partie des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) engagés dans la procédure d'accréditation sont des médecins libéraux souscrivant une assurance en responsabilité civile professionnelle obligatoire. Le Cabinet Branchet, qui assure une grande partie des MAR libéraux, a réalisé une étude sur sa base de données d'assurés MAR afin de comparer la probabilité de survenue d'un sinistre selon que les MAR sont accrédités ou pas. Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés au CFAR. La méthodologie d'estimation de cette probabilité par le cabinet Branchet a été validée par un statisticien indépendant de la société Orgamétrie.

Nombre de sinistres survenus / Durée d'assurance

=

taux de survenance avant



Date de souscription de l'assuré

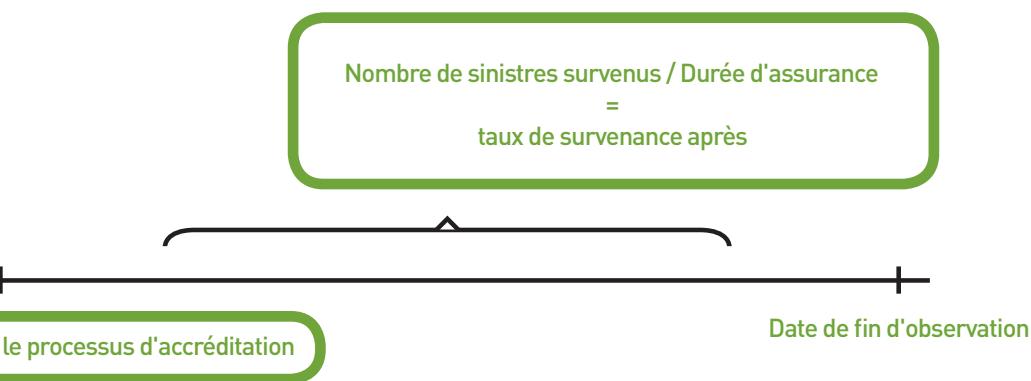
Date de l'engagement dans

Schématiquement, la probabilité de survenue d'un sinistre est estimée par le taux de survenance de sinistre, défini comme le nombre de sinistres déclarés à l'assureur divisé par la durée d'observation. La comparaison du taux de survenance observé durant une période antérieure à l'accréditation et celui observé durant une période consécutive à l'accréditation permet donc d'estimer la baisse du taux de survenance, témoin d'un lien entre accréditation et variation de la sinistralité. La modalité de comparaison est représentée par le schéma ci-dessous.

Cette comparaison est faite sous l'hypothèse que chaque assuré a le même volume d'activité au cours des deux périodes. Les calculs sont effectués d'une part dans la population des MAR accrédités (33% des MAR assurés par le cabinet Branchet), d'autre part dans la population des MAR non accrédités.

Dans la population des MAR accrédités, il existe une réduction moyenne de 10% du taux de survenance de sinistre entre les deux périodes (IC95 : -1% à 19%). A l'opposé, ce taux ne varie pas dans le groupe des médecins non accrédités. En l'absence d'une analyse plus détaillée, il n'est pas possible de conclure à un lien de causalité direct entre accréditation et baisse de la sinistralité.

Néanmoins cette étude conforte l'idée que la démarche d'accréditation est un des éléments qui contribuent à l'amélioration des pratiques. Cela incite à poursuivre la démarche dans la perspective d'améliorer la sécurité des patients estimée par la baisse de la sinistralité.



● ACCRÉDITATION (SUITE)

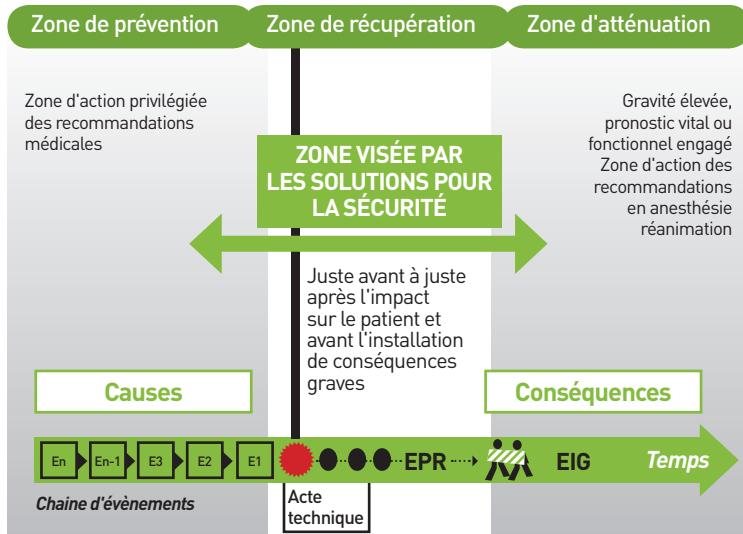
→ G. DE SAINT MAURICE

SOLUTIONS, POUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT (SSP), LA SUITE LOGIQUE DU DISPOSITIF DE L'ACCRÉDITATION DES MÉDECINS

Grâce à l'implication de chacun, un trésor fait de la moisson des petites histoires de risque que sont les EPR, s'est progressivement constitué. La finalité de l'Accréditation est bien l'amélioration individuelle et collective de la culture de sécurité, mais c'est aussi de faire fructifier le trésor constitué.

Ce trésor est un capital d'expériences accumulées dont il faut organiser le retour vers la profession. En effet, certaines des situations décrites dans ces EPR non ciblés n'auraient pu être imaginées « à l'avance » : on ne peut pas tout prévoir. Ce retour est une démarche centrée sur la prévention et sur la récupération ou l'atténuation des EPR : ce sont les Solutions pour la Sécurité du Patient (SSP).

Particularité des SSP [1]



L'élaboration des SSP est donc directement issue de l'analyse de la base des EPR, qui peut montrer la répétition d'une situation à risque nécessitant de proposer une démarche construite, ou l'émergence d'une situation à risque jusqu'à là non encore clairement individualisée par le CFAR. Ainsi, la HAS précise qu'une SSP suit un cycle continu à travers les étapes suivantes^[1] :

- Identifier les risques associés aux soins entraînant des effets indésirables pour les patients
- Comprendre les causes profondes de ces situations à risques
- Rechercher des solutions afin de rendre les soins plus sûrs
- Transférer les solutions dans la pratique
- Evaluer les effets des solutions dans la pratique et corriger si nécessaire.

Pour notre profession de médecin anesthésiste réanimateur, le CFAR est l'organisme agréé pour l'accréditation. Il s'accorde avec la SFAR, et en particulier le comité analyse et maîtrise du risque (CAMR), pour produire les SSP de notre spécialité, en cherchant à respecter la méthodologie HAS.

À ce jour, l'analyse des EPR non ciblés a permis de lancer la rédaction de deux SSP portant sur « *La gestion d'une désaturation chez un patient intubé au bloc opératoire* », et « *l'Erreur de coté en ALR* ».

1. HAS, Méthode d'élaboration des SSP, mai 2012, Saint Denis

● ACCRÉDITATION (SUITE)

→ JULIE RENNER - HIA VAL DE GRÂCE, PARIS / GUILLAUME DE SAINT MAURICE - CFAR, SFAR / JEAN TOURRES - CFAR / PATRICK-GEORGES YAVORDIOS - CFAR, SFAR / DAN BENHAMOU - SFAR / JACQUES FUSCIARDI - CFAR / ABSTRACT PRÉSENTÉ AU CONGRÈS SFAR SOUS LE NUMÉRO R345

ÉTUDE DES ÉVÉNEMENTS PORTEURS DE RISQUE NON CIBLÉS DECLARÉS EN 2012 EN FRANCE PAR LES ANESTHÉSISTES- RÉANIMATEURS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a pour objectif de réduire le nombre d'événements indésirables liés aux soins et l'accréditation est un levier important. Le programme d'accréditation du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) comprend la déclaration d'événements porteurs de risques (EPR), événements indésirables sans dommage pour le patient. Initialement ciblée sur 7 situations à risques (accès difficile aux voies aériennes non prévu, erreur d'administration d'un médicament, retard transfusionnel, conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille, hypotension artérielle à l'induction anesthésique, extubation non programmée, défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AVK), la déclaration est ouverte dès 2012 aux EPR non ciblés (EPR NC).

Les Solutions pour la Sécurité du Patient (SSP) sont des procédures s'intéressant à la récupération d'EPR pour limiter leurs conséquences, sans négliger la prévention. L'objectif principal de notre étude était d'analyser les EPR NC afin d'en comprendre les causes et d'identifier les barrières sécuritaires qui avaient permis d'éviter des conséquences graves pour le patient. Notre objectif secondaire était de donner lieu à des SSP.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective et descriptive afin d'analyser les EPR NC déclarés en 2012, dans la base de données HAS/CFAR anonyme de retour d'expérience (base REX), en France. Etaient exclus les EPR ciblés.

Résultats : Sur 242 EPR non ciblés recueillis et analysés, 67 ont été isolés sur un argument de fréquence (ils apparaissaient plus de 5 fois). Aucun des EPR qui ont été exclu ne présentait un caractère notable par sa gravité potentielle. Parmi les 67 retenus, on distinguait 4 types d'EPR : erreur de côté (n=28), erreur d'identité (n=21), anesthésie inutile (n=13), erreur d'installation (n=7). 44 EPR sur 67 étaient associés à une utilisation incorrecte de la check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" tandis que 23 sont survenus malgré une utilisation conforme de cette check-list. Dans ces derniers cas on relevait un défaut de vigilance ou une erreur inhérente au dossier.

L'analyse permettait de relever également des barrières de sécurité. Pour les erreurs d'identité, la barrière de sécurité était soit le contrôle ultime entre médecin anesthésiste-réanimateur et opérateur (time out efficace, n=7), soit la vigilance d'un membre de l'équipe hors check-list (n=9). Pour les erreurs de côté, les barrières de récupérations ont été: la check list (n=9), l'équipe (n=6), le patient (n=6). Pour les autres EPR non ciblés, on constatait qu'en cas d'utilisation incorrecte de la check-list, il n'y avait pas de barrière sécuritaire efficace (n=16/18).

EPR NC BARRIÈRE SÉCURITAIRE	IDENTITO-VIGILANCE	ERREUR DE CÔTÉ	AUTRES EPR LIÉS À UNE UTILISATION INCORRECTE DE LA CHECK LIST	TOTAL
PATIENT	0	6	0	6
ÉQUIPE SOIGNANTE	9	6	0	15
CONTRÔLE ULTIME DE LA CHECKLIST	7	7	2	16
AUCUNE	3	9	18	30
TOTAL	19	28	20	67

Barrières sécuritaires ayant permis d'éviter un EPR NC

Discussion. Les erreurs de côté et d'identité sont les EPR non ciblés les plus fréquemment déclarés. 30 EPR n'ont pas pu être évités. Ils apparaissent comme des événements indésirables graves dont la déclaration est tolérée. L'utilisation correcte de la check list "sécurité du patient au bloc opératoire" semble être associée à moins d'EPR non ciblés déclarés. L'utilisation correcte de la check list pourrait donc être une SSP en anesthésie. La participation active du patient aux contrôles est effective et signifie que le patient est aussi un acteur de la sécurité des soins.

ENQUÊTE RMM EN ANESTHÉSIE : LES PREMIÈRES INDICATIONS

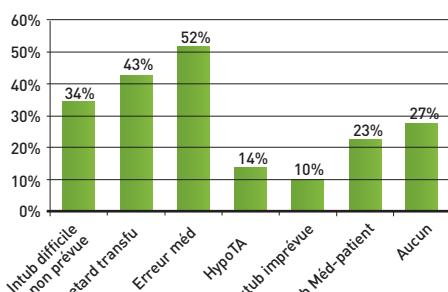
En début d'année, le CFAR et la SFAR ont sollicité leurs adhérents pour participer à une enquête nationale sur la pratique des "Revues de Morbi-Mortalité"(RMM) en Anesthésie. Cette enquête, réalisée par e-mailing, venait compléter une première enquête précédemment menée dans les Unités de Réanimation et avait pour but de connaître "*la vraie vie*" de ces RMM en France en 2013.

L'analyse préliminaire, présentée au dernier congrès de la SFAR (diaporama accessible sur le site internet du CFAR), porte sur 449 structures d'anesthésie, correspondant à autant d'établissements de santé, répertoriées à partir de 998 réponses individuelles. La répartition (privé, CHG, CHU) est proche de la répartition nationale. Principale information : 82% des équipes d'anesthésie participent à une RMM. La mise en place et la pérennité de ces réunions ont été jugées faciles dans, respectivement, 54% et 55% des cas. Le nombre médian de réunions est de 3 à 4 par an, avec une analyse de 1 à 4 dossiers par séance. La RMM ne concerne que la structure d'anesthésie-réanimation dans 36% des cas. La participation au sein de l'équipe médicale semble importante ("tous" ou "la plupart" dans 67% des cas), alors que le personnel paramédical ne participe pas (22%) ou peu (52%). Les événements analysés sont de tous types, y compris les "événements porteurs de risque" (EPR) définis par la spécialité (figure 1). Les RMM ont été suivies d'actions correctrices dans près de 90% des cas (détail en figure 2).

Pour les 81 services qui ne pratiquent pas de RMM, les principaux obstacles identifiés sont les difficultés organisationnelles (39%), l'absence d'intérêt (14%), l'inexpérience (11%) et le refus des médecins (11%). Ces équipes ont réalisé d'autres EPP aussi souvent que celles pratiquant les RMM (67% et 70%, respectivement) et ont le projet de démarrer la RMM pour 66% d'entre elles.

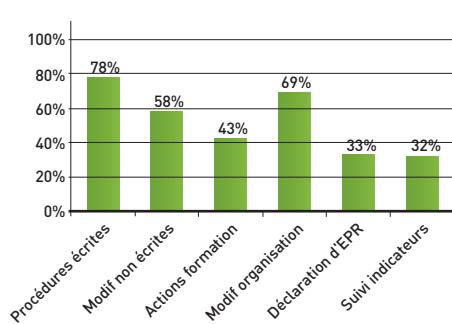
Au total, malgré les limites inhérentes à toute enquête déclarative et la possibilité d'un biais de sélection, ces résultats suggèrent que les RMM sont installées en Anesthésie et qu'elles atteignent leur objectif d'évaluer et de faire évoluer les pratiques. Néanmoins, leur mise en œuvre comme leur pérennisation ne sont pas toujours faciles, en particulier du fait de difficultés organisationnelles.

Fig.1 : EPR analysés en RMM



Note : somme >100% (plusieurs EPR possibles)

Fig.2 : Actions mises en œuvre au décours desRMM



Note : somme >100% (plusieurs EPR possibles)

● DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

→ B. DUREUIL / PR V. COMPÈRE - ROUEN

COURS EUROPÉEN
(CEEA) ET DPC
CA S'EST PASSÉ
EN NORMANDIE !!

L'ère du DPC : Les cours européens (CEEA) sont organisés dans plus d'une dizaine de centres en France et ils permettent, au travers de leurs 6 sessions, de couvrir très complètement le champ des connaissances actualisées en anesthésie réanimation. Ils constituaient une forme très appréciée de FMC en raison d'un nombre des participants limité (en principe à 50) permettant le développement d'une pédagogie très interactive au cours des sessions.

Mais la FMC traditionnelle est maintenant "terminée" et nous entrons désormais dans l'ère du DPC. C'est pourquoi le comité d'organisation du cours CEEA Normandie, en lien avec le CFAR, a décidé de configurer sa session CEEA de novembre 2013 sous la forme d'un programme DPC.

Cours CEEA et DPC qu'est-ce que cela change?

La forme de l'enseignement reste inchangée et favorise toujours l'échange entre les participants et l'expert mais la "nouvelle formule" permet la validation de l'obligation de DPC en sortant de la session ! En effet, en plus des aspects cognitifs, nous avons introduit des Tests de Concordance de Scripts (TCS) qui, autour d'une situation clinique très concrète, permettent de discuter et d'évaluer nos pratiques en situation incertaine. Ils constituent la partie évaluative du programme validée par la HAS et ils ont été plébiscités par les participants qui ont été enthousiasmés de cette nouvelle modalité pédagogique.

Et en pratique? les participants inscrits préalablement pour le DPC ont été totalement pris en charge au plan financier par le nouveau dispositif qui a assuré le financement direct de la session; en outre, pour les collègues du secteur libéral une indemnité de perte de revenu va être versée. L'appui du CFAR, organisme DPC de l'anesthésie réanimation, a été très précieux tant pour les organisateurs que pour les participants en permettant d'aplanir toutes les difficultés et ainsi rendre facile (et simple!) la mise en œuvre du CEEA-DPC.

Le CFAR, Organisme de Développement Professionnel Continu, c'est fait !

Le 26 novembre dernier, la Commission Scientifique Indépendante des Médecins a validé le CFAR comme Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC). Le CFAR peut donc proposer et développer des programmes de DPC pour la spécialité d'anesthésie-réanimation jusqu'à nouvelle évaluation fin 2015.



LE PLAN D'ACTIONS SMART : ÉLÉMENTS D'UN PREMIER BILAN

Comme prévu ! Le 1^{er} octobre dernier, le service dit « *intégré* » (car regroupant Numéro Vert et ressources en ligne) a été inauguré par le CFAR. Très rapidement, il a reçu un accueil très favorable par la Presse généraliste et professionnelle en France. Ainsi, l'édition spéciale « *Anesthésie Réanimation* » du Quotidien du Médecin de novembre 2013 a-t-elle ouvert ses colonnes à une interview. Les extraits Presse sont accessibles dans les pages « *documentation* » du site du CFAR (www.cfar.org).

Un début bien visible ! Les soutiens du Programme d'Aide aux Médecins du Québec et du Programme Integral d'Aide au Médecin Malade (Catalogne). Cette reconnaissance de l'utilité de notre action permettra au CFAR d'être reçu ès-qualityé dans sa demande d'intégration au sein de l'European Association for Physicians' Health. Naturellement, cette distinction nous obligera dans nos efforts pour soutenir nos projets et les diffuser en France mais aussi en Europe.

Un service conforme à nos prévisions. Ainsi, on observe une fréquentation régulière de la ligne d'appels téléphoniques ainsi que des autres ressources mises à la disposition, particulièrement les pages d'auto-tests. L'évaluation de la consommation de tabac et d'alcool, le test anxiété-dépression et le fameux test de Masclach (MBI) pour le Burnout sont les plus utilisés. La mesure de la fatigue n'est pas anecdotique, ni plus que le test sur la cyberaddiction qui semble vous intéresser. Ces utilitaires vont se développer et seront complétés dans les mois qui viennent sur votre site. N'hésitez pas à nous faire remonter vos observations et vos souhaits via la rubrique mise en place. Une équipe doit savoir utiliser ces ressources pour faire le point...

Le 0800 00 69 62 : c'est aussi votre affaire ! Ce n'est qu'en banalisant les instruments d'un discours possible sur la santé et sur le bien-être au travail que les derniers tabous céderont. Il faut ainsi poursuivre la communication autour de ce nouveau service. Les partenaires du projet l'ont bien compris puisque, sur leur site, l'indication des coordonnées utiles devrait être pérenne. Mais vous-même, n'hésitez pas à vous approprier cet outil qui peut vous aider un jour ou aider l'un de vos proches collègues...

2014 et nos projets ! SMART s'investira en 2014 dans de nouveaux chantiers : la réflexion sur la conduite à tenir dans une équipe et individuellement, en cas d'accident d'anesthésie, ce qui est toujours épisode traumatisant. Mais aussi, comment prévenir le suicide au sein d'une équipe, comment réagir lorsque ce drame se produit ? D'ores et déjà, des spécialistes ont été approchés par SMART pour venir enrichir sa réflexion et déboucher sur des propositions concrètes pour notre spécialité.

Ouverture ? L'utilité de la démarche SMART trouve une traduction concrète dans des sollicitations à l'initiative d'autres spécialités qui souhaitent maintenant s'y associer. Ceci n'aura de sens que si l'ensemble de notre spécialité supporte très concrètement cette initiative novatrice. C'est pourquoi, le Collège propose des documents d'information utilisables par tout organisateur d'EPU ou de FMI. En 2014, SMART, c'est décidément votre affaire !

PROGRAMME CFAR AUX JEPU 2014

→ Du 21 au 22 mars 2014
au C.N.I.T à Paris
la Défense

Comme chaque année, le CFAR sera présent aux JEPU (*Journées d'Enseignement Post Universitaire*)

Stand A 22 - Espace Brillat Savarin

Nous serons à votre disposition pour toute information et aide sur la procédure d'Accréditation des médecins, ainsi que sur le *Développement Professionnel Continu* (DPC). Pour les adhérents engagés dans la procédure d'Accréditation, merci de vous munir de vos codes d'accès du site internet de la HAS afin que nous puissions vous aider dans votre démarche.

Nous aurons le plaisir de vous présenter l'atelier suivant :

ACCREDITATION EN ANESTHESIE : RETOUR D'EXPÉRIENCE ET NOUVELLES PERSPECTIVES DÉCOMPOSÉ COMME SUIT :

- Une enquête établie à partir des données du Cabinet d'Assureurs Branchet et qui concerne les relations entre sinistralité (en libéral) et engagement des médecins dans l'Accréditation
- L'analyse par méthode ALARM de 845 *Évènements Porteurs de Risque* (EPR) avec mise en évidence des causes racines
- Un travail étudiant l'impact de la check-list de Bloc Opératoire sur la prévention d'EPR "non ciblés"

Vendredi 21 mars – 14h - 15h30

M.SFEZ (Paris), PG YAVORDIOS (Bourg-en-Bresse), J.TOURRÈS (Nantes).



**LAURÉATS DES
PRIX DU CFAR
À LA SFAR 2013**

Meilleure Thèse en Anesthésie-Réanimation

Présidents du jury

Pr Bertrand DUREUIL,
Pr Laurent BEYDON
Pr Jacques FUSCIARDI

Lauréat

Dr Hortense BESANCENOT
CHU de Strasbourg

Thèse

Apport de l'IRM en tenseur de diffusion dans le pronostic neurologique à long terme du coma post arrêt cardiaque

« Je remercie infiniment le CFAR pour ce prix qui récompense le travail formidable de toute l'équipe dont Louis Puybasset s'est entouré pour réaliser des travaux révolutionnaires. En vous remerciant encore. »

Président du jury

Pr Jean-Etienne BAZIN

Lauréat

Dr Amélie LAROUSSE
CHU de Tours

Abstract présenté lors du Congrès SFAR 2013

Où extuber ? Au bloc opératoire ou en salle de surveillance post-interventionnelle ?

« Je tiens à remercier mon maître de thèse avec qui je travaille depuis plus de 2 ans maintenant, le Professeur Jacques Fusciardi. Je remercie également le Docteur Remérand pour son aide précieuse. »

Meilleur Mémoire de D.E.S en Anesthésie-Réanimation

Président du jury

Pr Benoit PLAUD

Lauréat

Dr Aurore DOMINIQUE
CHU de Rennes

Mémoire

Burnout des Internes d'Anesthésie-Réanimation en France Région Ouest

« Remerciements particuliers à mon époux et à mes pairs du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, spécialement au Professeur Claude Ecoffey. »

Meilleur Abstract Formation et Vie Professionnelle



MEILLEUR MÉMOIRE D.E.S – RÉSUMÉ

→ A. DOMINIQUE

Assurément, le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout touche les médecins mais également les internes, à fortiori les internes d'anesthésie réanimation en France !

Une enquête en ligne s'adressant aux internes de l'interrégion Ouest en 2012 (villes universitaires de Brest, Nantes, Tours, Rennes, Angers, Poitiers) en apporte une preuve (incontestable), même s'il existe encore bon nombre de praticiens à qualifier ce syndrome « d'effet de mode ». Les quelques deux cents internes sollicités ont répondu sans relance pour près de 60% au *Maslach Burnout Inventory (MBI)* et d'autres critères sociodémographiques, personnels et professionnels, objectifs et subjectifs.

Les résultats sont édifiants. Si un peu plus de 60% d'entre eux sont en burnout (défini par des scores pathologiques d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ou de perte de l'accomplissement professionnel), trois internes sont au bord du gouffre.

L'inténe d'anesthésie-réanimation « type » vit en couple, sans enfant. Il fait un peu de sport, fume et boit parfois. Ses gardes, en moyenne cinq par mois, sont seniorisées deux fois sur trois, majoritairement avec un repos légal de sécurité à la clé. Il a la plupart du temps bénéficié d'une disponibilité professionnelle ou l'envisage. Peut-être est-ce dû au fait qu'il perçoit le plus souvent sa profession comme (extrêmement) stressante ou craint ses répercussions juridiques ? Pour remplacer un peu ? Plus de la moitié d'entre eux considère manquer de temps libre personnel et professionnel. La même proportion déclare s'être déjà considérée en burnout...

Certains facteurs professionnels précipitant ce syndrome sont identifiés tel qu'un stage effectué en réanimation, l'ancienneté, un nombre élevé de gardes, la ville universitaire ou des conflits hiérarchiques. Sur le plan personnel, une profession perçue comme stressante, le manque de temps libre, un burnout préexistant perçu ou une conduite addictive interviennent.

Aucun facteur protecteur n'est retrouvé.

L'inténe d'anesthésie-réanimation est exposé au burnout, particulièrement en France région Ouest. Etude transversale régionale bien sûr mais sommes nous loin du compte en France ? La prise en considération de ce phénomène, son identification et sa prévention sont éminemment urgentes.