

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Audit des décès survenant en peropératoire : étude
épidémiologique, évaluation des pratiques et impact sur
les soignants travaillant au bloc opératoire. Étude
préliminaire régionale.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2024 à
18h00 au Pôle Recherche

Par Etienne LAPASSAT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Francis JUTHIER

Monsieur le Docteur Mouhamed MOUSSA

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Céline DUPRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

AG	Anesthésie générale
ASA	American society of Anesthesiologists
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPP	Comité de protection des personnes
DIRAM	Direction des affaires médicales
EIAS	Événement indésirable associé aux soins
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FEI	Fiche d'évènement indésirable
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire
IADE	Infirmier(ère) anesthésiste diplômé d'état
IBODE	Infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé d'état
IGS2	Index de gravité simplifié version 2
MAR	Médecin anesthésiste-réanimateur
PMO	Prélèvement multi-organes
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PTSD	Trouble de stress post-traumatique
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RIPH	Recherches impliquant la personne humaine
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TSA	Trouble stress aigu
UF	Unité Fonctionnelle

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements.....	Erreur ! Signet non défini.
Sigles.....	3
Sommaire	4
Introduction	6
Matériel et méthodes	15
1 Enquêtes sur les pratiques dans les Hauts de France.....	15
1.1 Type d'étude.....	15
1.2 Déroulement de l'étude	15
1.3 Objectifs de l'étude.....	15
1.4 Sécurité des données et cadre réglementaire.....	16
1.5 Centres participants	16
1.6 Intervention (questions envoyées, données collectées)	17
1.7 Statistiques	17
2 Incidence des décès sur table au CHU de Lille.....	17
2.1 Type d'étude.....	17
2.2 Déroulement de l'étude	18
2.3 Objectifs de l'étude.....	18
2.4 Sécurité des données et cadre réglementaire.....	18
2.5 Population d'étude.....	19
2.6 Données collectées	19
2.7 Statistiques	20
3 Impact sur les soignants.....	20
3.1 Type d'étude.....	20
3.2 Déroulement de l'étude	20
3.3 Objectifs de l'étude.....	21
3.4 Sécurité des données et cadre réglementaire.....	21
3.5 Population d'étude.....	22
3.6 Intervention (questions envoyées, données collectées)	22
3.7 Statistiques	23
Résultats	24
1 Enquêtes sur les pratiques dans les Hauts de France.....	24

2	Incidence des décès au CHU de Lille	26
2.1	Patients décédés sur table.....	27
2.2	Patients considérés en dehors de toute ressource thérapeutique	29
3	Impact sur les soignants.....	32
3.1	Impact du décès sur les soignants	34
3.2	Mesures d'accompagnement et ressources utilisées	44
3.3	Mesures d'accompagnement et ressources existantes	45
3.4	Mesures d'accompagnement et ressources souhaitées.....	46
	Discussion.....	48
	Conclusion.....	60
	Listes des tables	61
	Liste des figures.....	62
	Références.....	64
	Annexe 1	66

Introduction

La mortalité peropératoire, c'est-à-dire les décès survenant au bloc opératoire, est un sujet peu abordé dans la littérature. En dehors d'études consacrées à la mortalité liée à l'anesthésie, il est difficile d'obtenir une estimation fiable du nombre de décès toutes causes survenant en peropératoire. Une étude française réalisée entre 1978 et 1982 avait trouvé un taux de mortalité entièrement liée à l'anesthésie de 7,6 pour 100,000 procédures anesthésiques [1]. Une seconde étude française menée en 1999 retrouvait un taux de mortalité totalement lié à l'anesthésie de 0,69 pour 100,000 procédures anesthésiques (qu'il s'agisse d'anesthésie générale, neuraxiale ou loco-régionale). Les décès partiellement imputables à l'anesthésie représentaient 4,7 pour 100,000 procédures anesthésiques [2]. Cette mortalité a diminué depuis la généralisation et la réglementation des Salles de Surveillance Post-Interventionnels, l'obligation de monitoring per- et postopératoire et la systématisation des consultations et visites préanesthésiques.

La mortalité périopératoire, bien que n'étant pas définie précisément, est plus étudiée. Une vaste étude européenne publiée dans le journal Lancet en 2012 retrouvait une mortalité hospitalière postopératoire de 4% en moyenne en Europe, hors chirurgie cardiaque. Ce taux s'élevait à 3,2% en France [3]. D'autres études retrouvaient un taux équivalent, entre 3 et 5%, en chirurgie viscérale et carcinologique [4,5]. Celle-ci était plus importante en chirurgie viscérale, vasculaire, en cas de chirurgie réalisée en urgence et chez des patients avec un état général altéré, se traduisant par un score ASA supérieur ou égal à 3, avec un taux de mortalité pouvant atteindre jusqu'à 10% en cas de chirurgie réalisée en urgence.

Au Royaume-Uni, pays dont la population est comparable à celle de la France, environ 20,000 décès annuels surviennent dans les 30 jours suivant une chirurgie, 2,000 se produisent dans les 24 premières heures et à peu près 100 au cours de la chirurgie, représentant seulement 5% de ces décès [6].

A ce jour, il n'existe pas de registre national répertoriant les décès survenant en peropératoire. La traçabilité de ces événements varie d'un hôpital à un autre, d'un bloc opératoire à un autre, ce qui rend laborieuse la collecte des données sur les décès peropératoires. Ces derniers ne sont pas systématiquement déclarés au bloc opératoire, les corps des patients étant transférés dans leur unité de référence pour permettre la venue et le recueil de leurs proches.

Pour ces raisons, les chiffres de mortalité peropératoire française ne sont pas connus.

Néanmoins, le développement de l'offre de soins et des techniques chirurgicales, ainsi que le gain en expertise des équipes, conduisent à la prise en charge de patients présentant de plus en plus de comorbidités au bloc opératoire. Le vieillissement de la population, en demande de prise en charge invasive, amène également des patients de plus en plus âgés et potentiellement fragiles en salle d'opération. Une méta-analyse portant sur 87 études et plus 21,4 millions d'actes anesthésiques a constaté une aggravation de l'état de base des patients opérés sur les dernières décennies [7]. Il est possible que la réduction de la mortalité liée à l'anesthésie soit contrebalancée, au moins en partie, par l'évolution des indications opératoires et des profils de patients. De ce fait, les décès sur table sont des événements probablement peu courants pour les soignants exerçant au bloc opératoire, mais néanmoins non exceptionnels. Il semble difficile de réussir à maîtriser

complètement les risques et ainsi, la probabilité d'y être confronté au cours d'une carrière au bloc opératoire semble élevée.

L'anesthésie est une spécialité axée sur la prévention et l'anticipation. Tout est mis en œuvre pour diminuer les risques et éviter les complications potentielles.

Chaque patient bénéficie d'une consultation préanesthésique pour évaluer son opérabilité. La décision d'opérer est toujours basée sur une évaluation de la balance bénéfice-risque ; si le risque dépasse le bénéfice escompté, l'anesthésiste peut alors discuter avec le chirurgien, et une stratégie moins « risquée » pourra être envisagée. Ainsi, l'évaluation préopératoire des patients et la sélection de ceux qui tireront bénéfice de la procédure constitue l'un des rôles centraux du binôme anesthésiste et chirurgien. De ce fait, en cas de décès, l'équipe ayant validé la stratégie thérapeutique invasive pourrait se sentir en faute et éprouver une certaine culpabilité.

De plus, la majorité des patients pris en charge au bloc opératoire sont en bonne santé, présentent un bon état général et une autonomie préservée. Contrairement aux patients de réanimation, ils ne sont pas systématiquement porteurs d'une maladie engageant le pronostic vital à court terme. En outre, la temporalité des décès peropératoires est très courte, puisque la durée des gestes chirurgicaux et anesthésiques est de l'ordre de minutes ou d'heures. Il ne s'agit pas de décès survenant après plusieurs mois ou années de maladie. Cette brutalité de décès pourrait en majorer l'impact sur les soignants.

Enfin, les décès sur table sont parfois imputables à des erreurs humaines. Une étude de 1984, ayant analysé 1,089 incidents survenus au bloc opératoire dans 4

hôpitaux de Boston, a retrouvé que 85% de ces incidents étaient dus à une erreur humaine [8]. Bien que cette étude soit ancienne, elle souligne l'importance du facteur humain dans la gestion des patients au bloc opératoire.

Peu d'études ont exploré les répercussions psychologiques des décès survenant au bloc opératoire.

Une étude publiée en 2005 dans l'*European Journal of Anaesthesiology* a interrogé 251 anesthésistes travaillant dans 12 services d'anesthésie à travers l'Angleterre. Selon cette étude, 92% des anesthésistes avaient déjà été confrontés à un décès peropératoire, principalement lors de chirurgies réalisées en urgence (80%), et 87% d'entre eux ont effectué une autre anesthésie générale dans les 24 heures suivant le décès. Bien que la majorité d'entre eux (77%) estimait que leur capacité de travail n'avait pas été altérée par cet événement, 71% étaient d'accord avec le fait qu'il serait raisonnable de ne pas participer à des opérations chirurgicales dans les 24 heures suivant le décès sur table, bien que seulement 25% estimaient que cela était réalisable [9].

Dans une autre étude publiée en 2016 dans *Anesthesia & Analgesia*, 766 anesthésistes australiens et néo-zélandais ont répondu à une enquête basée sur un scénario hypothétique impliquant un décès de patient dû à une anaphylaxie. Les patients ont été randomisés en deux groupes : l'un où le décès était attribué à une erreur humaine (patiente étiquetée allergique à l'antibiotique administré), et l'autre sans erreur humaine. Lorsque le décès était dû à une erreur, les participants étaient plus enclins à rechercher du soutien, notamment en se faisant conseiller, en prenant du temps pour eux-mêmes, et en évitant de participer à des procédures anesthésiques le reste de la journée [10].

En 2019, la revue BJS a publié une méta-analyse des études évaluant les réactions des chirurgiens face aux patients mourants ou décédés, ainsi que leurs mécanismes d'adaptation. Seules 7 études ont été incluses, montrant une fois de plus la pauvreté de la littérature dans ce domaine. Les études consistaient en des entretiens semi-dirigés avec des chirurgiens, des enquêtes sur la prévalence des symptômes de PTSD et des opinions d'auteurs [11]. On notera, entre autres, l'étude de Thompson *et al*, qui a révélé que 4% des étudiants en chirurgie présentaient des symptômes de TSA et 12% des symptômes de PTSD. Seulement 32% d'entre eux estimaient avoir été soutenus de leurs mentors [12]. Dans l'étude de Joseph *et al*, 40% des chirurgiens traumatologues interrogés présentaient des symptômes de PTSD suite à des événements traumatisants tels que des morts violentes de patients, et 15% d'entre eux présentaient les critères nécessaires pour poser le diagnostic de PTSD [13]. Enfin, dans l'étude de Pinto *et al*, tous les chirurgiens vasculaires et viscéraux interrogés au cours d'entretiens semi-structurés ont mentionné au moins une complication qui les avait personnellement affectés. Un tiers d'entre eux ont décrit leurs institutions comme adoptant une approche répressive et punitive en cas de complication. La moitié d'entre eux avaient une vision négative des RMM, qu'ils estimaient être un lieu de reproches et aggravaient leur vécu de la situation [14].

De façon générale, l'impact de la fin de vie et des décès des patients sur les soignants est souvent négligé, malgré de potentielles répercussions psycho-sociales significatives sur le soignant, le fonctionnement des équipes, des services et de l'hôpital dans son ensemble. Une étude publiée en 2022 lors des Journées européennes de la Société Française de Cardiologie a analysé 747 questionnaires en ligne remplis par des anesthésistes-réanimateurs, cardiologues et chirurgiens. L'étude

a révélé que 83% des participants estimaient que les décès de leurs patients avaient un impact affectif ou émotionnel sur eux. Près d'un tiers des participants présentaient des symptômes de dépression requérant une prise en charge, et/ou des symptômes d'anxiété importante, et/ou un état de stress post traumatique lié aux décès des patients. Environ la moitié des participants présentaient des symptômes d'épuisement professionnel [15].

En raison du manque de littérature sur l'impact psychologique des décès peropératoires sur les soignants, il n'existe pas de recommandation spécifique en France concernant la conduite à adopter après un tel événement, ni sur l'obligation des établissements de santé de proposer des mesures de soutien psychologique.

En 2022, la SFAR a émis des Recommandations de Pratiques Professionnelles sur les facteurs humains en situations critiques [16]. Selon les auteurs, l'objectif de ces recommandations était « d'améliorer la gestion des situations critiques en Anesthésie-Réanimation par une meilleure prise en compte des facteurs humains », et donc d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Les événements indésirables considérés incluaient les décès de patient au bloc opératoire ou en réanimation. Parmi l'ensemble de ces recommandations, un avis d'experts suggérait de réaliser des débriefings juste après une situation de crise pour « améliorer les compétences techniques et certaines composantes des compétences non techniques ». Ces débriefings pourraient prévenir le stress post-traumatique et l'épuisement professionnel chez les soignants, mais « cet aspect » était jugé « en dehors du champ de cette question ».

Dans d'autre pays, certaines sociétés savantes ont émis des recommandations, préconisant un débriefing immédiat et des séances de simulation en groupe pour

améliorer la gestion globale des patients en cas de situations similaires et pour soutenir le bien-être des soignants impliqués, comme l'Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland [17].

En l'absence de recommandations formalisées, le recours à des mesures de soutien est inconstant. En outre, lorsque des mesures d'accompagnement psychologique sont disponibles au sein d'un établissement, il peut y avoir une perception négative associée à la recherche de cette aide, que ce soit de la part du praticien lui-même ou du reste de l'équipe.

En 2010, un chef de clinique d'anesthésie du CHU de Montpellier s'est donné la mort, quelques mois après avoir commis une erreur médicale dans le traitement pharmacologique d'un nourrisson qui en a gardé des séquelles temporaires. Après cet évènement, le praticien a été rapidement suspendu, sans avoir eu l'occasion de se défendre ni de bénéficier du soutien de l'établissement. L'annonce de son décès a suscité une profonde émotion auprès des soignants, notamment au sein de son hôpital. L'Ordre des médecins, tant au niveau local que national, ainsi que les syndicats de praticiens, ont exprimé leur indignation face au traitement subi par le praticien à la suite de son erreur.

Le concept de "seconde victime" a gagné en notoriété en France suite à ce suicide. Ce terme a été introduit par un professeur de santé publique aux Etats-Unis, qui avait constaté une tendance des centres hospitaliers à minimiser, voire à nier, les erreurs dans les soins [18].

Plusieurs initiatives ont vu le jour. Le CHU de Montpellier a créé un Diplôme interuniversitaire de gestion de l'incident, de l'accident et de l'erreur médicale. En

2010, à l'initiative du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne, une association nommée MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé) a été fondée, avec pour objectif de fournir un accompagnement global et un soutien à tous les professionnels de santé.

En France, des dispositifs de soutien pour les « secondes victimes » se sont progressivement mis en place dans certains hôpitaux universitaires, bien qu'il n'existe pas de réglementation ni d'obligation en la matière. Dans de nombreux hôpitaux, les soignants concernés se retrouvent encore actuellement sans filière de soutien en cas d'EIG.

En 2021, la HAS a publié une recommandation simple et didactique, visant à améliorer la qualité des analyses d'EIAS et à développer la culture de sécurité des professionnels de soin et de l'accompagnement [19]. Elle encourage les professionnels de santé à signaler les EIGS, procède à leur analyse et publie un bilan annuel accompagné de préconisations pour améliorer la sécurité des patients [20]. Le dernier bilan, publié en novembre 2023, révèle que plus de la moitié des EIGS ont été jugés évitables par les déclarants. Parmi ces erreurs, 31,3% étaient liées aux soins ou à l'organisation des soins, 11,9% concernaient des erreurs médicamenteuses et iatrogènes, 10,3% étaient associées à une procédure opératoire ou anesthésique. Dans 48% des cas, ces EIGS ont conduit au décès du patient.

Ainsi, les décès per opératoires sont un EIG auquel chaque soignant risque d'être confronté au cours de sa carrière. Ce décès aura potentiellement un impact sur le soignant, à court et à long terme. Il n'existe pas ou peu de données concernant le

taux d'exposition d'un soignant au décès peropératoire et à son impact psychologique potentiel.

Le but de notre travail est de réaliser une étude préliminaire régionale sur la thématique des décès peropératoires. Il regroupe 3 objectifs différents :

Le premier objectif est de dresser un état des lieux des pratiques en matière de gestion des décès peropératoires dans les principaux centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

Le deuxième objectif est de mesurer l'incidence des décès peropératoires survenus au CHU de Lille durant l'année 2022, et d'en relever les données épidémiologiques.

Le troisième objectif est de tenter d'appréhender l'impact sur les soignants de la survenue d'un décès sur table, ainsi que d'évaluer les mesures de soutien pratiquées, disponibles et souhaitées.

Matériel et méthodes

1 Enquêtes sur les pratiques dans les Hauts de France

1.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale de pratique.

1.2 Déroulement de l'étude

Nous avons établi une liste des hôpitaux publics et privés du Nord et du Pas-de-Calais disposant d'un bloc opératoire. Nous avons identifié 25 hôpitaux publics et 33 cliniques privées dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais disposant d'un bloc opératoire en activité.

Nous avons ensuite contacté chaque établissement par e-mail ou par téléphone pour obtenir les adresses e-mail des chefs des services d'anesthésie. Nous n'avons obtenu les coordonnées des chefs de services que pour 29 centres.

Nous leur avons ensuite envoyé par e-mail sur leur boîte professionnelle un questionnaire en réponse libre.

Trois relances ont été réalisées, et en cas d'absence de réponse, si cela était possible, un praticien hospitalier du service était contacté dans un second temps.

Les réponses ont été consignées dans un tableau Excel.

1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif était de réaliser un état des lieux des pratiques en termes de gestion des décès peropératoires dans les principaux centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

1.4 Sécurité des données et cadre réglementaire

Les données ont été anonymisées lors de leur collecte, aucun élément ne permettait de remonter au service répondeur de provenance.

Les données ont été collectées dans un tableau Excel protégé par un mot de passe et stockées sur un seul ordinateur.

Les données traitant d'une analyse des pratiques courantes, sans aucune donnée issue de patients, l'étude ne relevait pas de la réglementation sur la protection des données et ne correspond à aucune méthodologie de référence.

Une déclaration à la CNIL sous le numéro 2234245 a été réalisée.

1.5 Centres participants

Les blocs opératoires ayant répondu à notre demande sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Centres hospitaliers inclus dans l'étude de pratiques

Blocs du CHU	Centres hospitaliers publics	Clinique privée
Bloc central de l'hôpital Huriez	CH d'Armentières	Polyclinique du Bois
Bloc des urgences	CH de Boulogne-sur-Mer	
Gynécologie-Obstétrique	CH de Dunkerque	
Neurochirurgie	CH de Lens	
ORL/Ophtalmologie	CH de Roubaix	
Orthopédie	CH de Seclin	
Pédiatrie	CH de Valenciennes	
Spécialités médico-chirurgicales		

1.6 Intervention (questions envoyées, données collectées)

Le questionnaire était le suivant :

- Un logiciel d'anesthésie est-il utilisé au bloc opératoire, et si oui, lequel ?
- Comment les décès peropératoires sont-ils enregistrés : sur le logiciel d'anesthésie, sur le logiciel de gestion hospitalière ou sur un support papier ?
- Existe-t-il un registre des décès peropératoires, et si oui, sur quel support est-il tenu ?
- Existe-t-il une politique de RMM ou de débriefing systématique en cas de décès survenant au bloc opératoire ?
- Les événements indésirables graves sont-ils systématiquement déclarés en cas de décès sur la table (FEI, déclaration institutionnelle) ?
- Quel est le parcours du corps après le décès ? Existe-t-il une salle de présentation dédiée ou un parcours identifié ?
- Combien de décès ont eu lieu dans leur bloc opératoire au cours de l'année 2023, et combien d'actes opératoires ont été réalisés durant cette même année ?

1.7 Statistiques

Seules des statistiques descriptives ont été réalisées. Les résultats sont présentés en nombre et pourcentage.

2 Incidence des décès sur table au CHU de Lille

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective et monocentrique.

2.2 Déroulement de l'étude

L'équipe INCLUDE a recherché dans la base de données PMSI les patients déclarés décédés dans les 48 heures suivant un passage dans l'un des blocs opératoires du CHU de Lille pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022.

Les données démographiques et les données peropératoires ont été collectées à partir du logiciel de gestion des dossiers patients Sillage et du logiciel d'anesthésie Diane du CHU de Lille.

2.3 Objectifs de l'étude

L'objectif était de mesurer l'incidence des décès peropératoires survenus au CHU de Lille sur l'année 2022 et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques.

2.4 Sécurité des données et cadre réglementaire

Une demande avec lettre d'intention a été réalisée auprès du service INCLUDE. Elle a été validée par le comité méthodologique du Pôle S3P (santé publique, pharmacie et pharmacologie). Une analyse juridique, réglementaire et RGPD a été réalisée. Le projet a ensuite été validé après passage en Comité Scientifique et Éthique, et par le Délégué à la protection des données (DPO).

Il s'agit d'une étude apparentée à la méthodologie de référence MR-004.

Les patients étant décédés, aucune lettre d'information n'a été envoyée.

Les données anonymisées ont été enregistrées dans un fichier Excel sécurisé accessible uniquement depuis un seul ordinateur via un mot de passe, après transfert sécurisé depuis le serveur d'INCLUDE.

2.5 Population d'étude

La population étudiée était l'ensemble des patients déclarés décédés dans les 48 heures suivant un passage dans l'un des blocs opératoires du CHU de Lille pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2022.

Les patients inclus dans notre étude étaient les patients décédés en peropératoire (au cours de leur intervention), ainsi que ceux considérés en dehors de toute ressource thérapeutique avec interruption de la chirurgie et transfert dans leur secteur d'origine, évoluant vers un décès rapide.

2.6 Données collectées

Les données collectées comprenaient :

- **Données épidémiologiques** : âge, sexe, principaux antécédents médicaux, score ASA, niveau d'autonomie

- **Informations sur l'opération** : Type d'intervention, indication, spécialité chirurgicale, équipe anesthésique responsable, type d'anesthésie

- **État de santé du patient intervention** : IGS 2, patient moribond, chirurgie de sauvetage, état considéré en dehors de toute ressource thérapeutique en cas de non-décès du patient au bloc

- **Données peropératoires** : notification d'évènement indésirable grave dans le logiciel Diane, noradrénaline en mg/h, dobutamine en μ /kg/min, assistance circulatoire extracorporelle (ECLS), fraction inspirée en oxygène (FiO₂), quantité et type de produits sanguins labiles (PSL) transfusés

Un patient était qualifié de moribond si, compte tenu du contexte préopératoire, on estimait qu'il ne survivrait pas 24 heures sans l'intervention, ce qui correspondait à un score ASA à 5.

2.7 Statistiques

Seules des statistiques descriptives ont été réalisées. Les résultats sont présentés en nombre et pourcentage.

3 Impact sur les soignants

3.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, descriptive, transversale et qualitative.

L'enquête était de type déclaratif par un questionnaire auto-administré.

3.2 Déroulement de l'étude

Nous avons élaboré un questionnaire comprenant 31 questions.

Le questionnaire a été testé et retravaillé avec 6 anesthésistes de 2 services différents, 1 chirurgien, 4 internes d'anesthésie, 2 internes de chirurgie, 2 IADE, 1 IBODE et 2 psychologues.

Le temps estimé de réponse était entre 5 et 10 minutes.

Il a été diffusé aux chefs de service d'anesthésie que nous avons précédemment contactés pour le premier objectif de la thèse. Afin d'en faciliter la diffusion, un poster avec un QR code menant au questionnaire a été créé et affiché au sein des différents blocs opératoires. Le lieu d'affichage du questionnaire au sein des blocs opératoires était laissé à discrétion des services.

Au CHU de Lille, le questionnaire a également été envoyé aux anesthésistes et aux chirurgiens via leur boîte mail professionnelle.

Le questionnaire a été transmis aux IADE et aux IBODE via les cadres de santé et par voie d'affichage avec QR code au sein des blocs opératoires.

Les internes d'anesthésie ont été contactés par e-mail via l'Association des Jeunes Anesthésistes Réanimateurs de Lille et les internes de chirurgie de Lille via l'association des internes de chirurgie de Lille.

Le questionnaire a également été diffusé sur des groupes de réseaux sociaux d'internes d'anesthésie et de réanimation, ainsi que des internes lillois en général pour atteindre les internes de spécialités non chirurgicales avec activité interventionnelle comme les cardiologues, pneumologues, gastro-entérologues et les radiologues.

La diffusion du questionnaire a commencé le 14 mars 2024 et s'est terminée le 28 avril 2024.

Nous avons en outre contacté la DIRAM du CHU de Lille pour obtenir les effectifs médicaux et paramédicaux des blocs opératoires pour calculer un taux de réponse au CHU.

3.3 Objectifs de l'étude

L'objectif était d'estimer la proportion de soignants ayant été confrontés à au moins un décès peropératoire au cours de leur carrière, d'évaluer l'impact sur leur capacité d'exercice, les facteurs favorisant un mauvais vécu et de la culpabilité, ainsi que les mesures de soutien disponibles, celles utilisées et celles souhaitées au sein de leur bloc ou de leur établissement.

3.4 Sécurité des données et cadre réglementaire

Le questionnaire a été réalisé sur Microsoft Forms et hébergé par un site supervisé par le CHU de Lille.

Le questionnaire commençait par un texte informatif présentant le contexte de l'étude et se terminait par un lien d'accès et un numéro d'appel d'une association d'aide aux professionnels de la santé et aux étudiants en souffrance.

Les données récoltées auprès de soignants étant anonymes, sans aucune donnée de santé, et relevant de l'enquête de pratiques, l'étude ne relevait pas de la réglementation sur la protection des données et ne correspondait à aucune méthodologie de référence.

Une déclaration à la CNIL sous le numéro 2234245 a été réalisée.

3.5 Population d'étude

La population cible était les professionnels de santé (médecins anesthésistes, chirurgiens, internes d'anesthésie, internes de chirurgie, IBODE, IADE, cardio-perfusionnistes, médecins interventionnistes, aides-soignantes, agents de services hospitaliers) travaillant au sein des blocs opératoires des départements du Nord et du Pas-de-Calais, en centre hospitalier comme en clinique privée.

3.6 Intervention (questions envoyées, données collectées)

Le questionnaire, composé de 31 questions, se divisait en trois parties :

La première partie visait à recueillir des informations sur le répondant, telles que son genre, son âge, son lieu principal d'exercice, son ancienneté au sein d'un bloc opératoire, sa fonction, ainsi que les spécialités représentées dans le bloc opératoire où il travaille.

La deuxième partie demandait aux répondants s'ils avaient déjà vécu un décès sur table, combien ils estimaient en avoir vécu depuis le début de leur carrière, combien ils estimaient en avoir vécu sur les 12 mois précédant la réponse au questionnaire, s'ils s'attendaient à une telle fréquence de décès par rapport à la représentation qu'ils

se faisaient de leur service, le délai depuis le dernier décès sur table, si le décès était prévisible, s'il s'agissait d'une chirurgie programmée ou en urgence, si le décès était évitable, la cause supposée du décès (complication chirurgicale, aléa thérapeutique, erreur médicale...), comment était la communication au sein de l'équipe lors du bloc qui a abouti au décès du patient, s'ils avaient continué de travailler après ce décès, s'ils auraient souhaité ne pas travailler après ce décès, s'ils considéraient que leur capacité de travail avait été affectée suite à ce décès et s'ils avaient ressenti de la culpabilité liée à cet évènement.

La troisième partie du questionnaire se concentrait sur les mesures d'accompagnement psychologique auxquelles les répondants avaient eu recours après un décès sur table, ainsi que sur les types de soutien qu'ils auraient souhaité avoir à leur disposition dans leur service ou établissement.

3.7 Statistiques

Seules des statistiques descriptives ont été réalisées. Les résultats sont présentés en nombres et pourcentages.

Résultats

Enquêtes sur les pratiques dans les Hauts de France

Au total, nous avons obtenu des réponses de 17 services différents, la totalité des services du CHU soit 9 services, 7 hôpitaux publics et une clinique privée, soit un taux de réponse de 28,3%.

Parmi ces 17 services, les 16 services d'hôpitaux publics utilisaient un logiciel d'anesthésie, tandis que le bloc de la clinique privée utilisait un support papier, mais était en cours d'informatisation. La traçabilité des décès était réalisée sur le logiciel de gestion hospitalière pour 35,3% des services et sur le logiciel d'anesthésie pour 41,2% d'entre eux. Aucun des services n'avait de registre des décès.

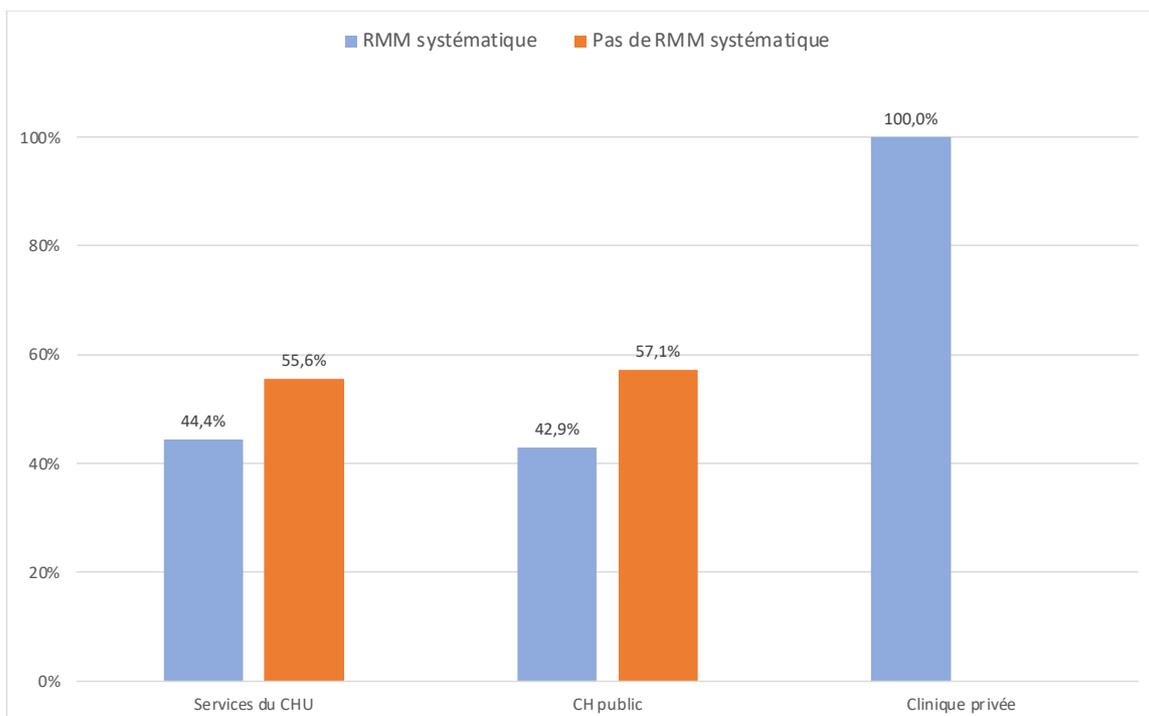


Figure 1 : Organisation systématique de RMM en fonction de la structure hospitalière

Une RMM était systématiquement organisée pour 47,1% des services, dont la clinique privée, et une FEI était systématiquement rédigée pour 23,5% des services, avec déclaration au siège pour la clinique privée.

Le corps était transporté en chambre de réanimation ou de soins intensifs dans 29,4% des services, en chambre conventionnelle dans 29,4% des services, en chambre mortuaire pour la clinique privée (5,9%), alors que les autres services n'avaient pas de parcours habituel de corps.

Seul trois services nous ont communiqué des chiffres concernant leur mortalité opératoire. L'un des blocs de CH public a présenté 73 décès avec acte chirurgical durant le séjour en 2023, sans préciser le nombre de décès sur table, sur 15,666 passages au bloc sur la même année. Un autre a présenté 3 décès sur table en 2022 sur 15,000 passages annuels au bloc, soit 20 décès pour 100,000 passages au bloc opératoire. Enfin, un autre CH public n'a présenté aucun décès sur table en 2023, sur 5,825 passages au bloc.

1 Incidence des décès au CHU de Lille

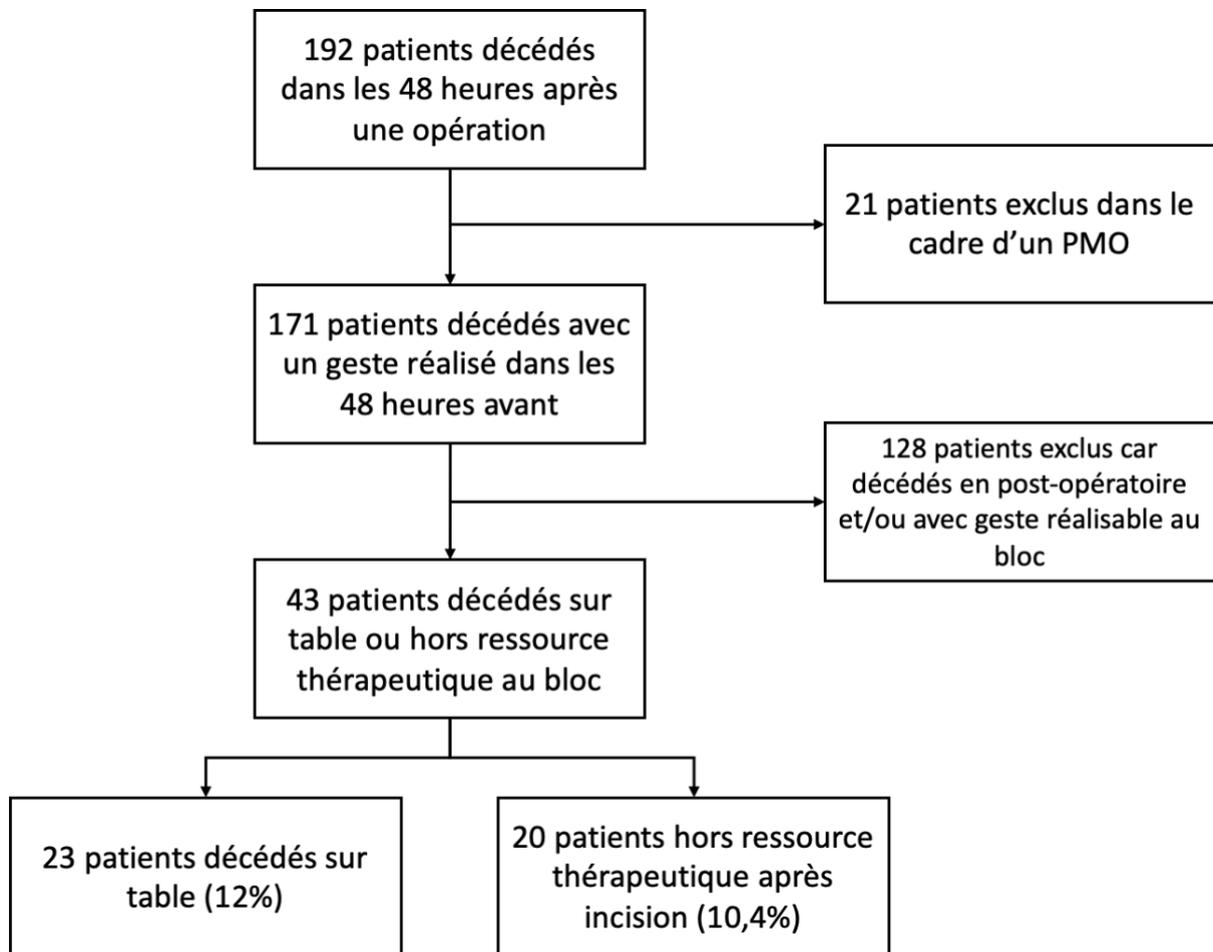


Figure 2 : Flow chart du recueil des décès peropératoires au CHU de Lille sur l'année 2022

Nous avons identifié 192 patients décédés dans les 48 heures suivant la création d'une feuille de surveillance anesthésique sur le logiciel Diane en 2022.

Vingt et un patients ont été prélevés dans le cadre d'un PMO (10,9%), 23 patients sont décédés au bloc opératoire (12%) et 20 patients ont été considérés comme en dehors de toute ressource thérapeutique au bloc opératoire (10,4%).

1.1 Patients décédés sur table

Parmi les patients décédés sur table, 82,6% étaient des hommes, l'âge moyen était de 64 ans ($\pm 10,7$), les blocs étaient tous réalisés sous AG, le score ASA moyen des patients était de 3,8 ($\pm 0,6$), avec un minimum à 3, et les spécialités chirurgicales les plus représentées étaient la chirurgie cardiaque (52,2%), la chirurgie vasculaire (21,7%) et la chirurgie viscérale (13%).

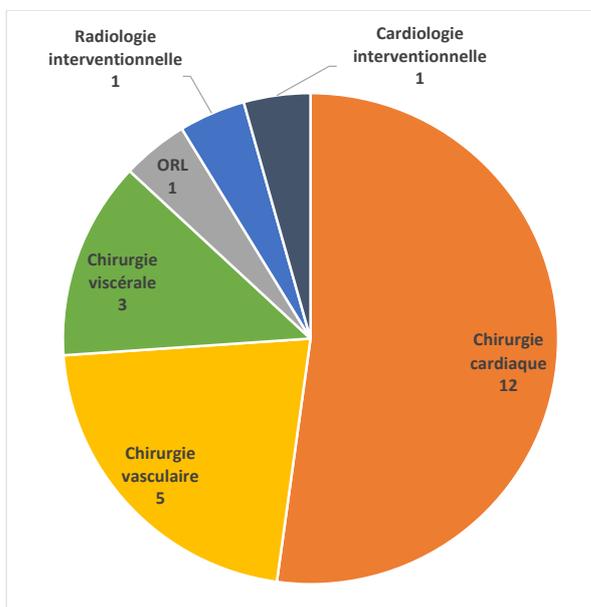


Figure 3 : Type de chirurgie réalisée chez les patients décédés sur table

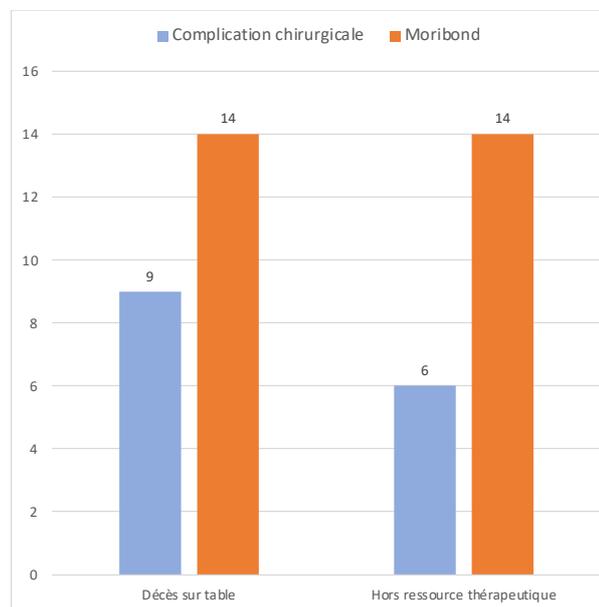


Figure 4 : Cause du décès des patients décédés sur table ou en dehors de toute ressource thérapeutique

Les décès ont eu lieu au bloc CCV pour 78,3 % des patients, 13 % au bloc central de l'hôpital Huriez, et 4,3 % au bloc de neurochirurgie et au bloc des urgences.

Les blocs étaient réalisés en urgence pour 91,3% des patients, chez des patients moribonds, qui n'auraient pas survécu sans opération. Les 2 autres décès (8,7%) ont

eu lieu au cours d'opérations programmées, pour des opérations de chirurgie cardiaque ou vasculaire à risque élevé de mortalité.

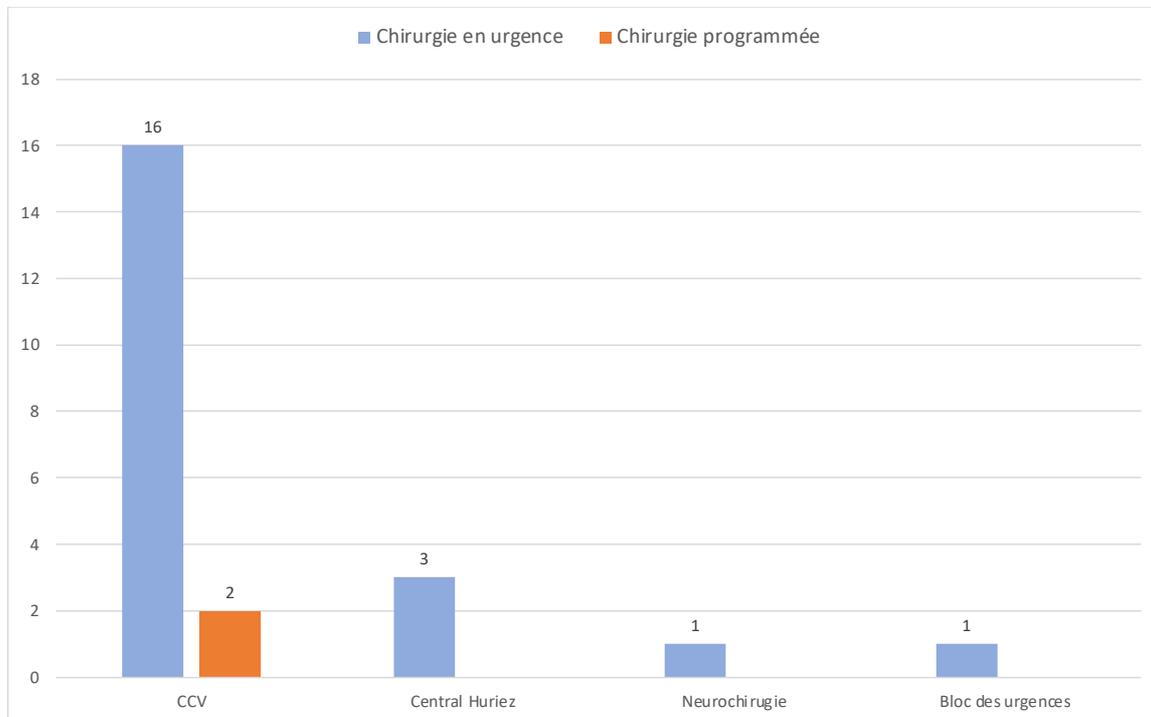


Figure 5 : Répartition des décès sur table en fonction du bloc et du caractère urgent ou programmé de la chirurgie

La cause du décès était une complication chirurgicale pour 39,1% d'entre eux tandis que 60,9% sont arrivés moribonds au bloc opératoire, avec un échec ou une impossibilité de prise en charge chirurgicale.

Aucun des patients n'est décédé en peropératoire d'une complication liée à l'anesthésie en 2022.

1.2 Patients considérés en dehors de toute ressource thérapeutique

Parmi les patients en dehors de toute ressource thérapeutique après incision, il y avait autant d'hommes que de femmes, l'âge moyen était de 67 ans ($\pm 12,7$). Le score ASA moyen des patients était de 3,8 ($\pm 0,8$), avec un minimum à 2.

Les spécialités chirurgicales représentées étaient la chirurgie viscérale pour 60% des patients, la radiologie interventionnelle pour 15%, la chirurgie vasculaire pour 10%, et la chirurgie cardiaque, la cardiologie interventionnelle, l'ORL et la chirurgie plastique pour 5% chacune.

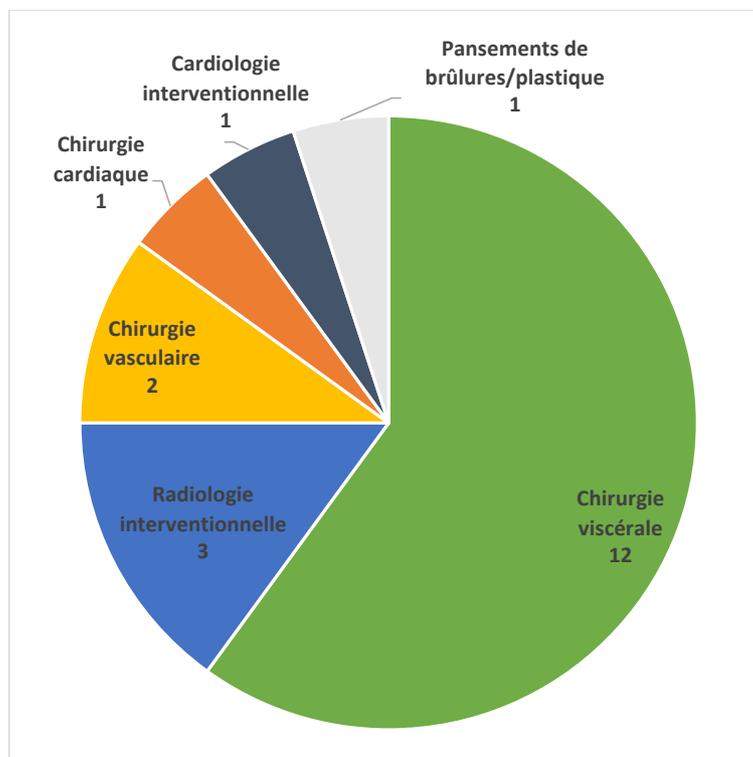


Figure 6 : Type de chirurgie réalisée chez les patients décédés hors ressource thérapeutique

Les blocs concernés étaient le bloc des urgences pour 55% des décès, le bloc CCV pour 20%, le bloc central de l'hôpital Huriez pour 20% et le centre de traitement des brûlés pour 5%.

Les opérations étaient réalisées en urgence pour 95% des patients. Le seul patient décédé d'une chirurgie programmée a été opéré d'un remplacement valvulaire à haut risque de mortalité avec échec de la prise en charge chirurgicale et impasse thérapeutique.

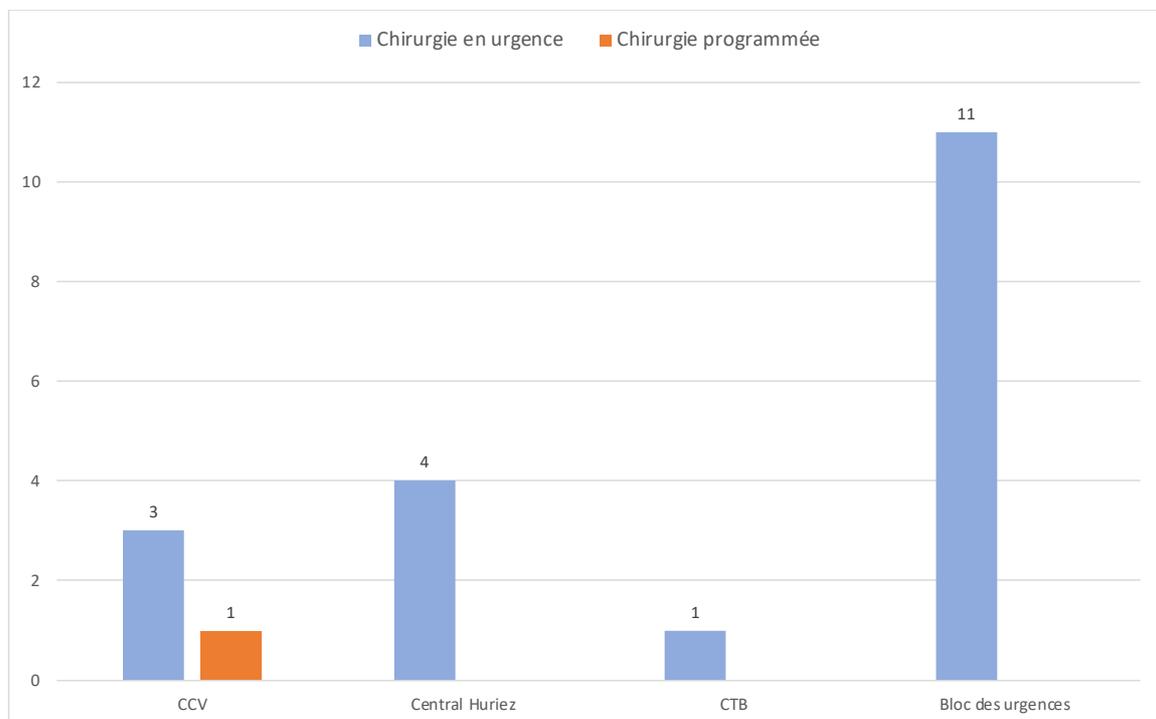


Figure 7 : Répartition des patients hors ressource thérapeutique en fonction du bloc et du caractère urgent ou programmé de la chirurgie

Tableau 2 : Caractéristiques des patients décédés sur table et hors ressource thérapeutique au CHU de Lille

Caractéristiques de la population	Décès sur table N = 23	Hors ressource thérapeutique N = 20
Données démographiques		
Genre		
- Homme, n (%)	19 (82,6)	10 (50)
- Femme, n (%)	4 (17,4)	10 (50)
Âge moyen en années ± écart type	64 ± 10,7	67 ± 12,7
Score ASA, moyenne ± écart type	3,8 ± 0,6	3,8 ± 0,8
Données liées à la chirurgie		
Bloc opératoire		
- Bloc CCV, n (%)	18 (78,3)	4 (20)
- Bloc central d'Huriez, n (%)	3 (13)	4 (20)
- Bloc de neurochirurgie, n (%)	1 (4,3)	0
- Bloc des urgences, n (%)	1 (4,3)	11 (55)
- Centre de traitement des brûlés, n (%)	0	1 (5)
Type de chirurgie		
- Chirurgie cardiaque, n (%)	12 (52,2)	1 (5)
- Chirurgie vasculaire, n (%)	5 (21,7)	2 (10)
- Chirurgie viscérale, n (%)	3 (13)	12 (60)
- Chirurgie ORL, n (%)	1 (4,3)	0
- Radiologie interventionnelle, n (%)	1 (4,3)	3 (15)
- Cardiologie interventionnelle, n (%)	1 (4,3)	1 (5)
- Pansements de brûlures, n (%)	0	1 (5)
Chirurgie en urgence, n (%)	21 (91,3)	19 (95)

2 Impact sur les soignants

Nous avons reçu 343 réponses à notre questionnaire.

Les caractéristiques démographiques des répondants ont été résumées dans le tableau 3.

D'après la DIRAM du CHU, le pôle anesthésie compte 508 ETPR, en excluant les chirurgiens et les internes en chirurgie. En les excluant, on obtient 167 réponses de soignants, soit un taux de réponse estimé à 32,9% pour les 508 ETPR.

Tableau 3 : Caractéristiques des répondants au questionnaire

Caractéristiques des répondants	N = 343
Données démographiques	
Genre	
- Homme, n (%)	154 (44,9)
- Femme, n (%)	189 (55,1)
Âge moyen en années ± écart type	
39 ± 10,6	
Fonction	
- MAR, n (%)	89 (25,9)
- Chirurgien, n (%)	28 (8,2)
- IADE, n (%)	57 (16,6)
- IBODE, n (%)	57 (16,6)
- Interne MAR, n (%)	56 (16,3)
- Interne de chirurgie, n (%)	29 (8,5)
- AS, n (%)	11 (3,2)
- ASH, n (%)	1 (0,3)
- Perfusionniste, n (%)	4 (1,2)
Lieu d'exercice	
- CHU, n (%)	208 (60,6)
- CH, n (%)	115 (33,5)
- Clinique privée, n (%)	20 (5,8)
Ancienneté au bloc	
- < 5 ans, n (%)	109 (31,8)
- 5 à 9 ans, n (%)	74 (21,6)
- 10 à 19 ans, n (%)	79 (23)
- 20 à 30 ans, n (%)	67 (19,5)
- > 30 ans, n (%)	14 (4,1)

2.1 Impact du décès sur les soignants

Sur les 343 répondants, 240 déclaraient avoir déjà vécu un décès peropératoire (70%). Ils étaient 78,7% chez les anesthésistes, 67,9% chez les chirurgiens, 75,4% chez les IADE, 84,2% chez les IBODE, 35,7% chez les internes MAR et 55,2% chez les internes de chirurgie.

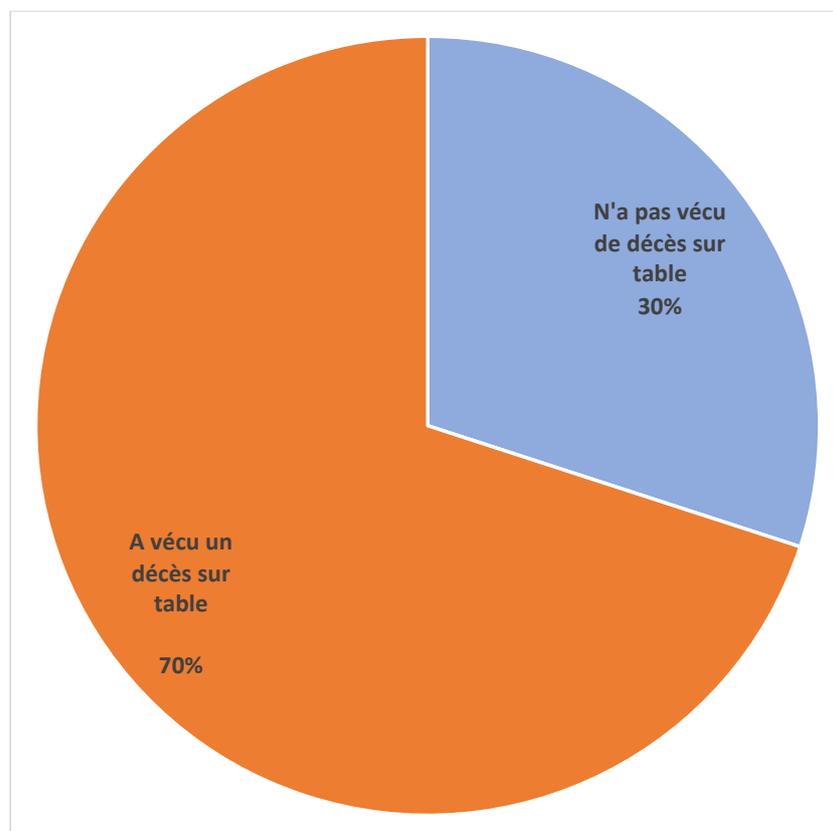


Figure 8 : Proportion des répondants ayant vécu un décès sur table

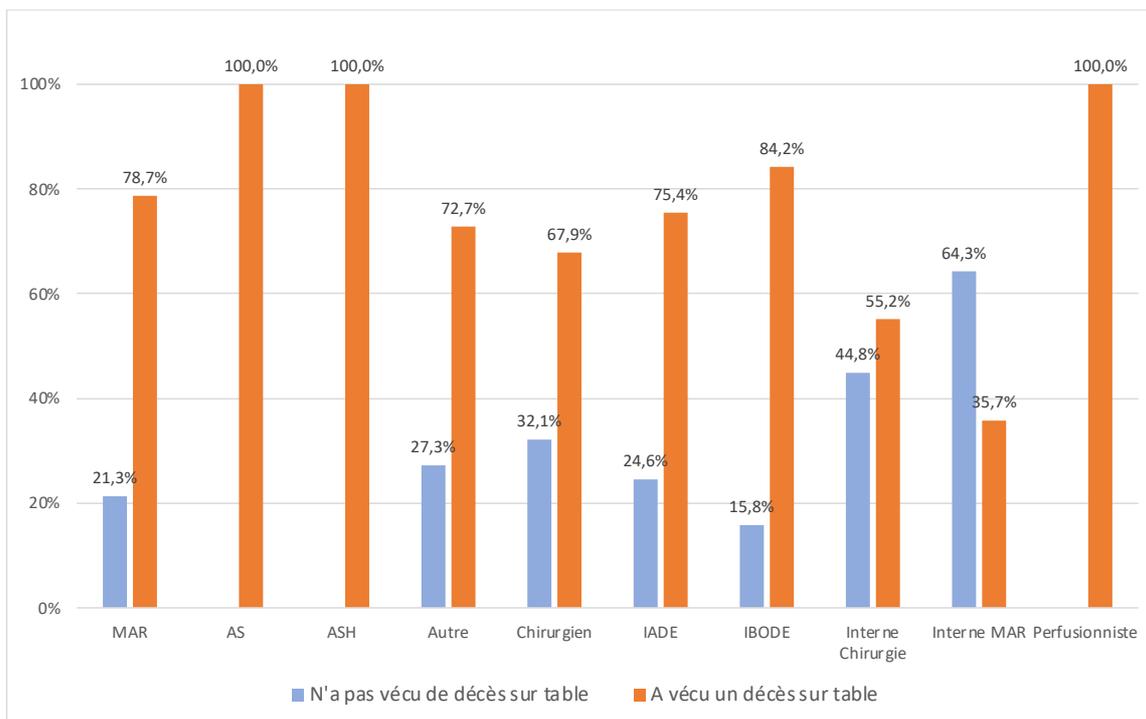


Figure 9 : Pourcentage des répondants ayant vécu un décès sur table selon leur fonction au bloc

Les soignants ayant moins de 5 ans d'ancienneté n'étaient que 43,1% à avoir vécu un décès sur table tandis que tous ceux qui avaient plus de 30 ans d'ancienneté en avaient tous vécu au moins un.

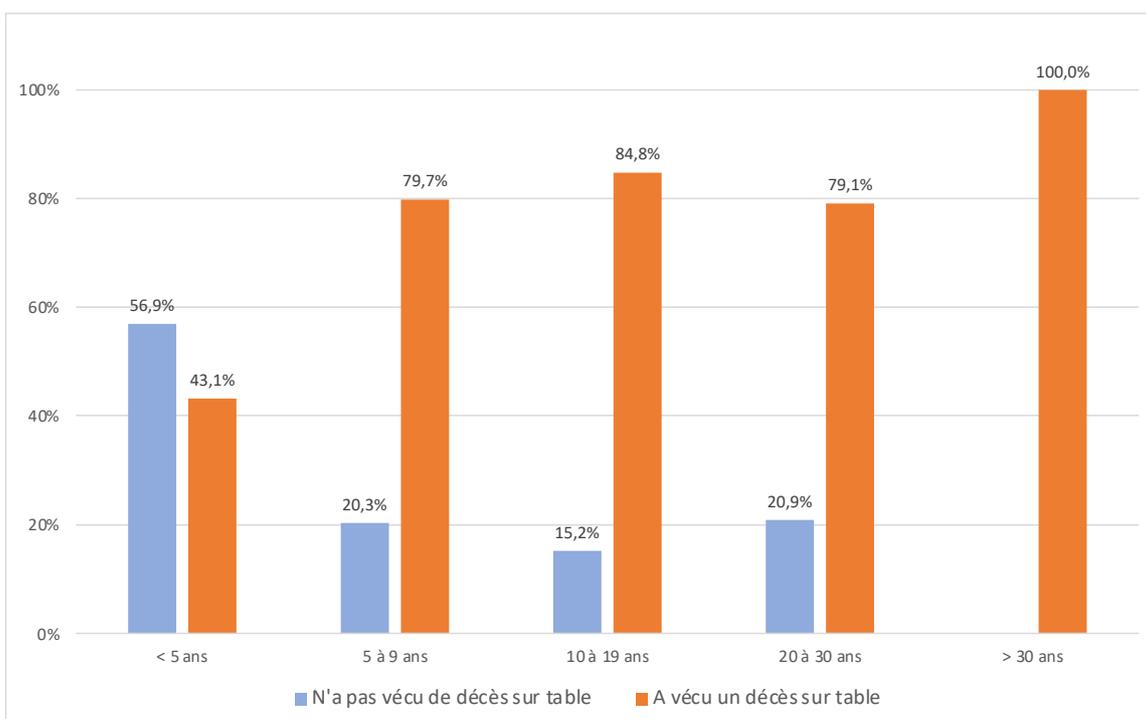


Figure 10 : Proportion des soignants ayant vécu un décès sur table en fonction de leur ancienneté

Parmi eux, ils étaient 63,3% à en avoir vécu 1 à 5 au cours de leur carrière, 17,1% à en avoir vécu 6 à 10 et 19,6% à en avoir vécu plus de 10.

Ils ont été 97% à continuer leur travail après ce décès, 2,1% ont continué leur travail mais sur un poste aménagé et 0,8% ont quitté prématurément leur lieu de travail.

Quand on les interrogeait sur leur capacité de travail après le décès le plus marquant, 20,8% d'entre eux ont déclaré être parfaitement capables de travailler suite à ce décès, 50% étaient légèrement perturbés par l'évènement, 17,9% assez perturbés, 9,6% fortement perturbés et 1,7% étaient incapables de travailler.

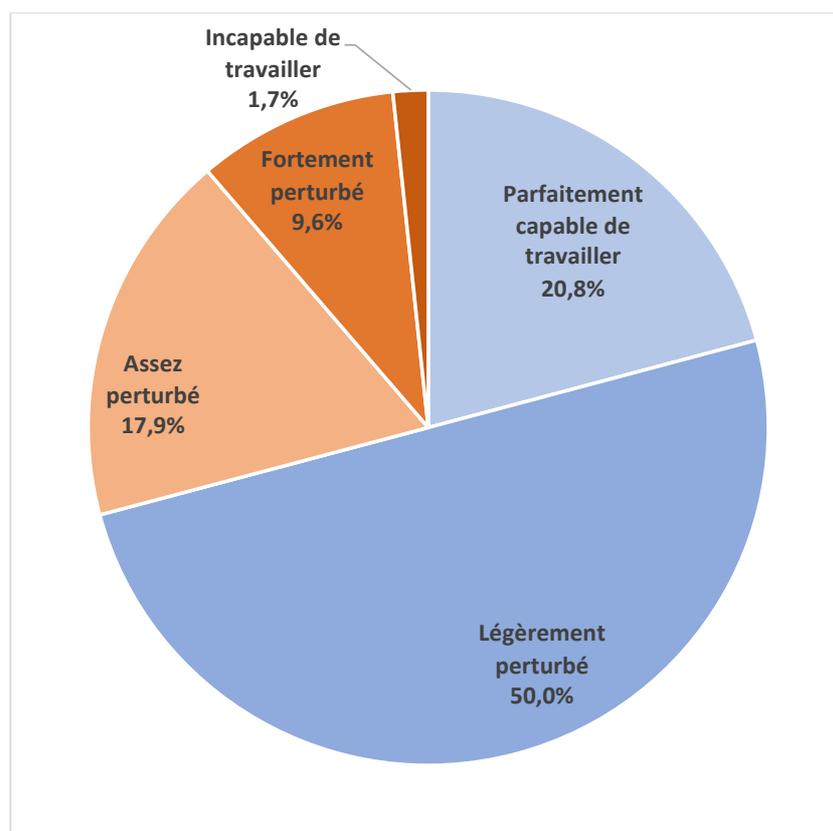


Figure 11 : Capacités de travail après un décès peropératoire

Toujours à la suite du décès le plus marquant, 39,6% d'entre eux ont déclaré ne pas ressentir de culpabilité, 32,1% en ont ressenti un peu, 14,2% moyennement, 11,3% beaucoup et 2,9% énormément.

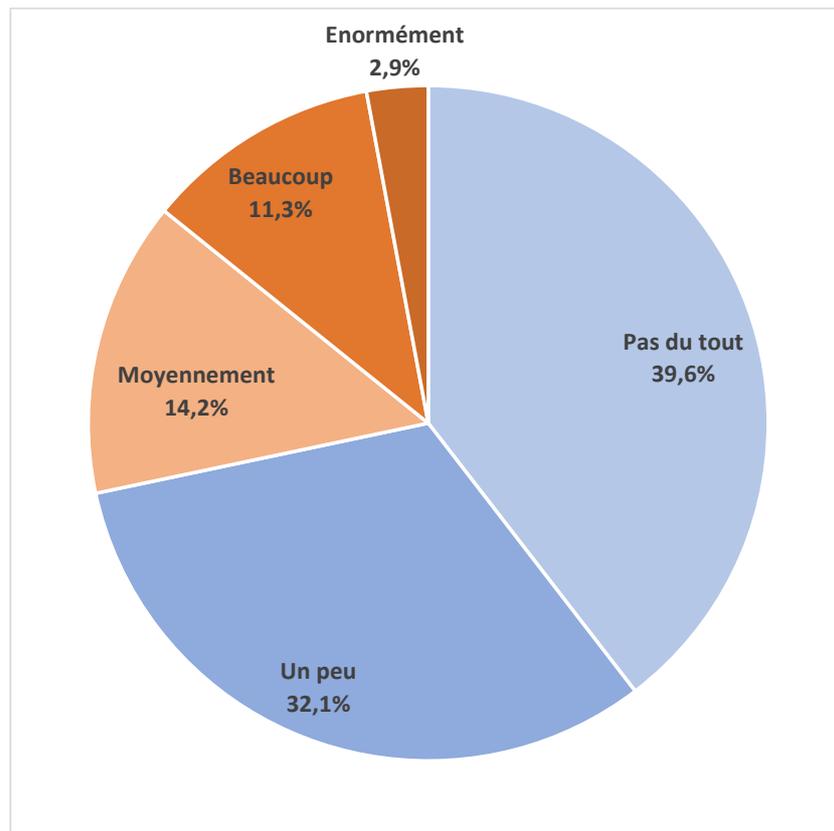


Figure 12: Culpabilité après un décès peropératoire

Les anesthésistes ont été au moins assez perturbés par l'évènement dans 35,7% cas et ils étaient 71,4% à ressentir de la culpabilité. Ils étaient respectivement 31,6% et 84,2% chez les chirurgiens, 15% et 40% chez les internes d'anesthésie, 37,5% et 56,3% chez les internes de chirurgie, 27,9% et 58,1% chez les IADE et 52,1% et 18,8% chez les IBODE.

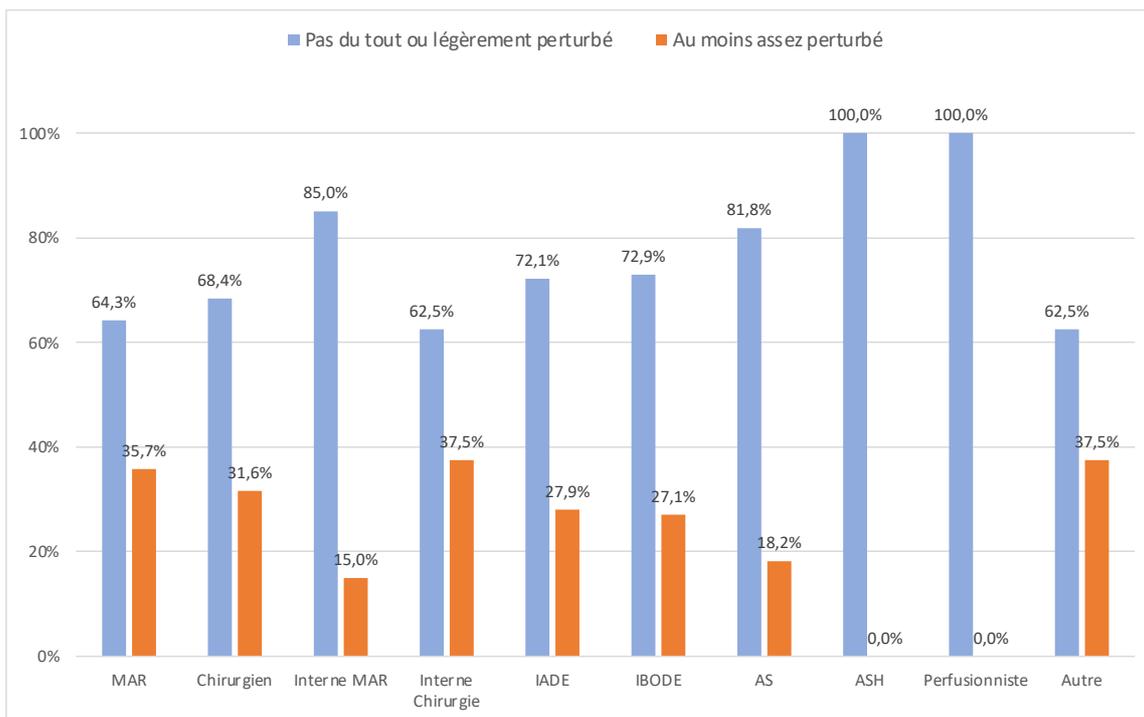


Figure 13 : Capacités de travail après le décès sur table selon la fonction au bloc

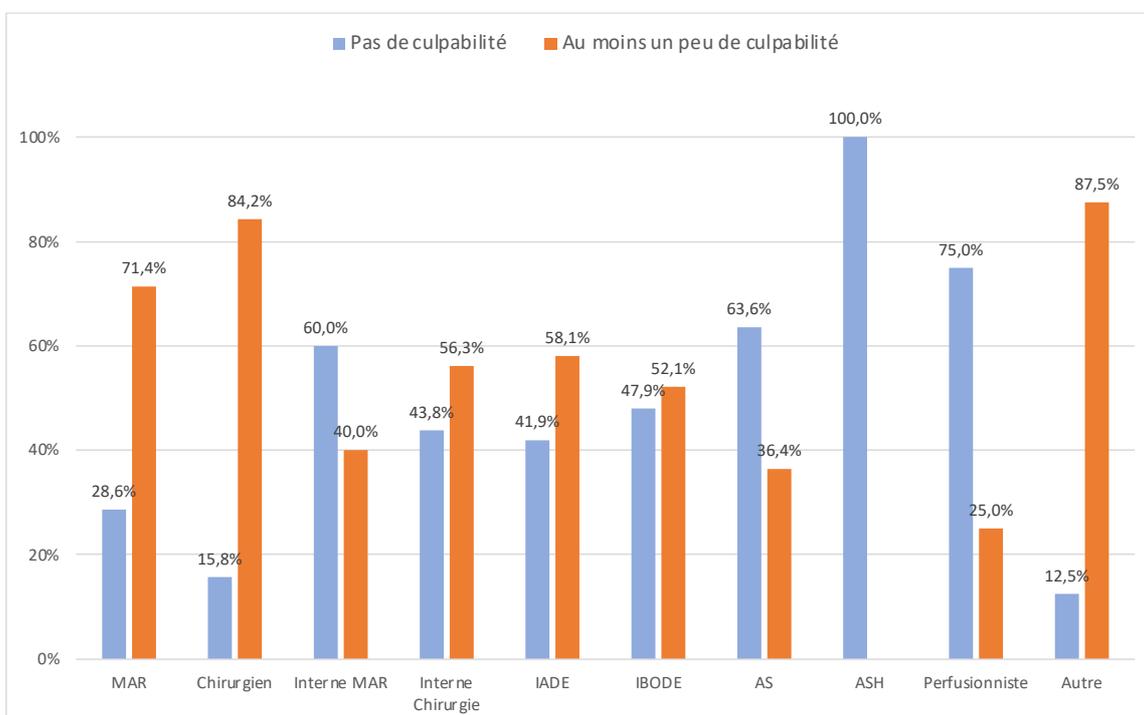


Figure 14 : Culpabilité après le décès sur table selon la fonction au bloc

Parmi les répondants ayant plus de 10 ans d'ancienneté dans leur bloc, 30,6% ont été au moins assez perturbés par l'événement, et 64,2% ont ressenti de la culpabilité, contre respectivement 27,4% et 55,7% pour ceux ayant moins de 10 ans d'ancienneté.

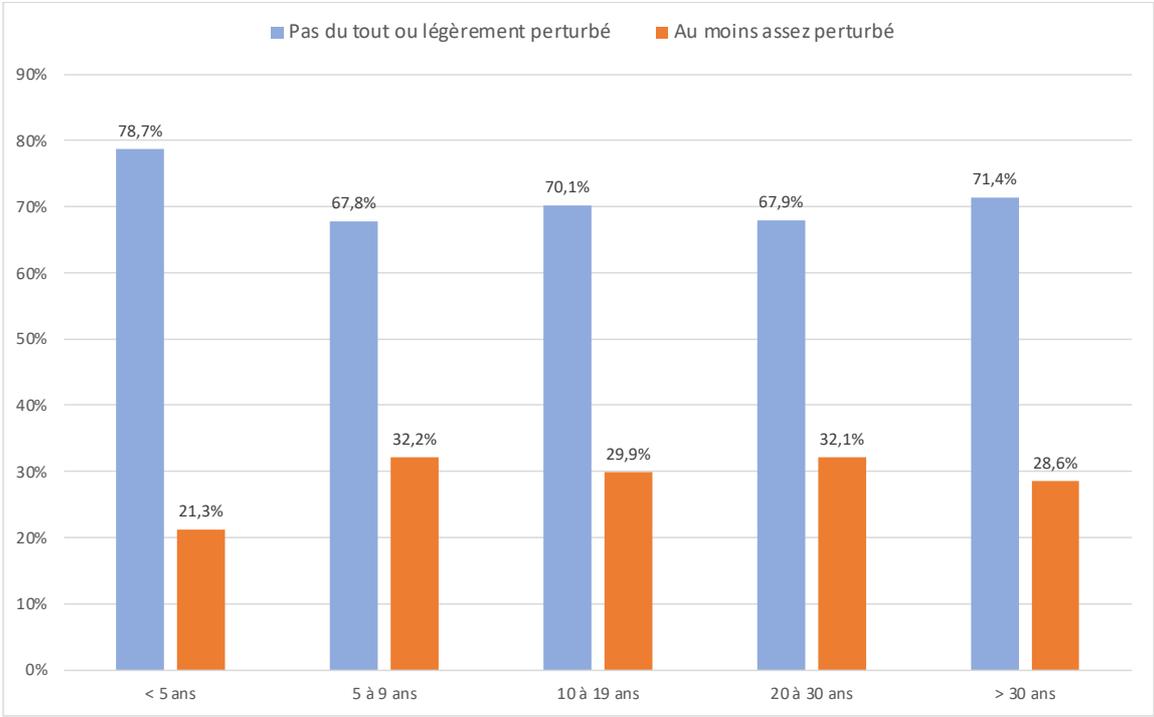


Figure 15 : Capacité de travail après un décès peropératoire en fonction de l'ancienneté

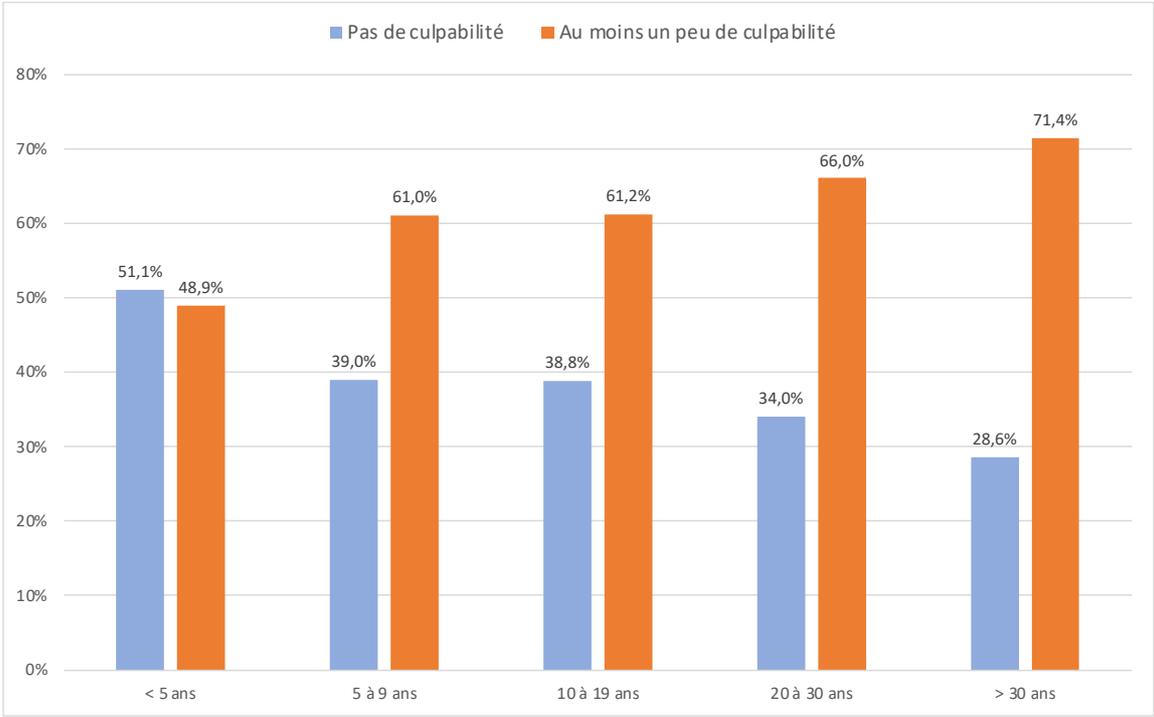


Figure 16 : Culpabilité après un décès peropératoire en fonction de l'ancienneté

Si le patient décédé était mineur, 52,2% des répondants déclaraient avoir été au moins assez perturbés par l'évènement contre 26,7% si le patient décédé était adulte. Le sentiment de culpabilité était présent dans 56,5% des cas en cas de décès d'un patient mineur, contre 60,8% si le patient était majeur.

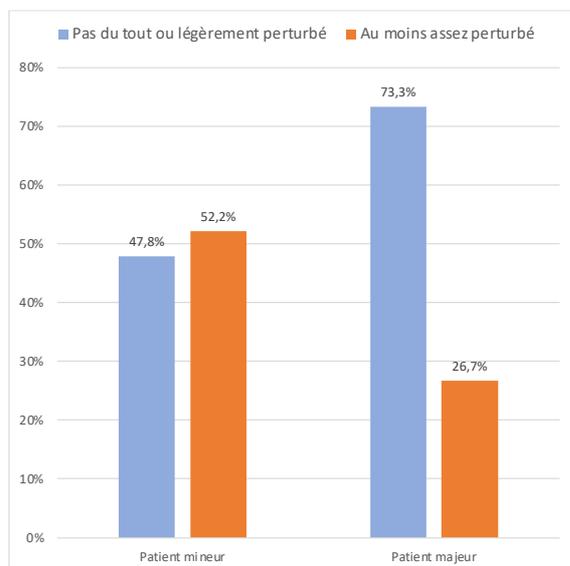


Figure 17 : Capacité de travail en fonction de l'âge du patient décédé

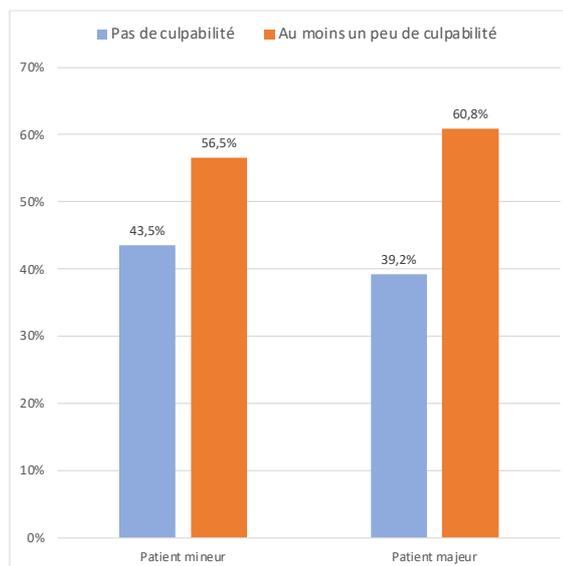


Figure 18 : Culpabilité en fonction de l'âge du patient décédé

Si le décès survenait en journée 35,1% des répondants déclaraient avoir été au moins assez perturbés par l'évènement contre 22% si le décès survenait en garde. Le sentiment de culpabilité était présent dans 69,5% des cas en cas de décès en journée, contre 49,5% en période de garde.

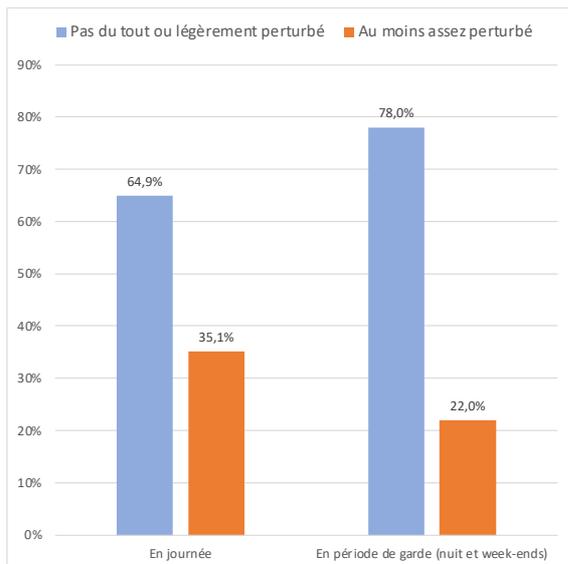


Figure 19 : Capacités de travail selon la survenue en journée ou en garde du décès

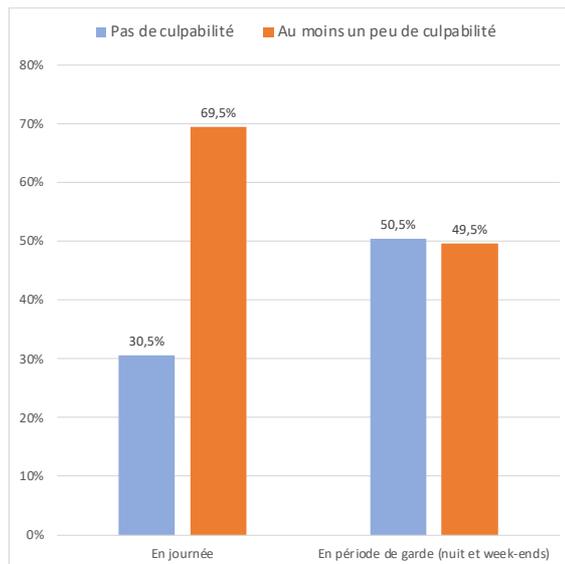


Figure 20 : Culpabilité selon la survenue en journée ou en garde du décès

Parmi les répondants qui ont considéré que le décès était évitable, 48% ont été au moins assez perturbés contre 24,2% en cas de décès non évitable, et 84% ont ressenti de la culpabilité en cas de décès évitable contre 54,2% en cas de décès non évitable.

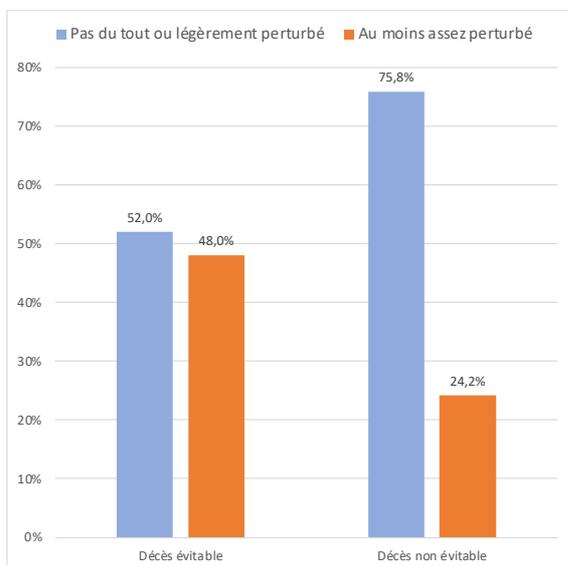


Figure 21 : Capacités de travail selon le caractère évitable ou non du décès

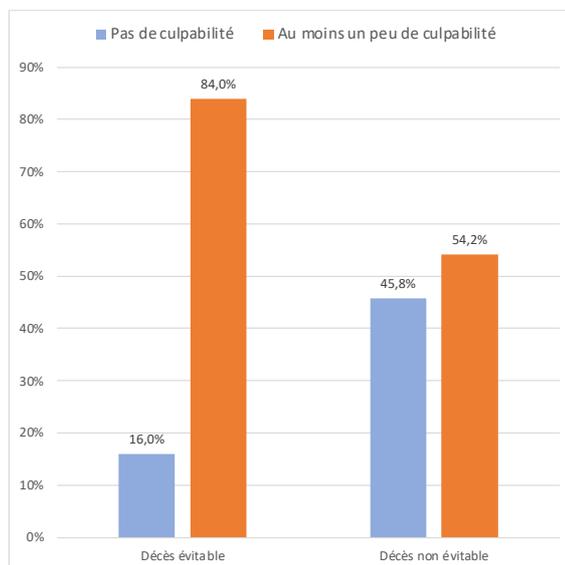


Figure 22 : Culpabilité selon le caractère évitable ou non du décès

Si le bloc était programmé, ils étaient 49% à être au moins assez perturbés par l'évènement et 78,4% à ressentir de la culpabilité contre respectivement 23,8% et 55,6% si le bloc était réalisé en urgence.

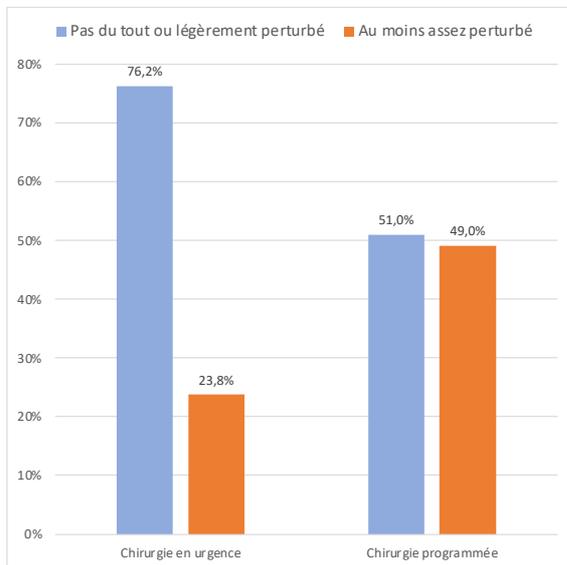


Figure 23 : Capacités de travail selon le caractère programmé ou en urgence de la chirurgie

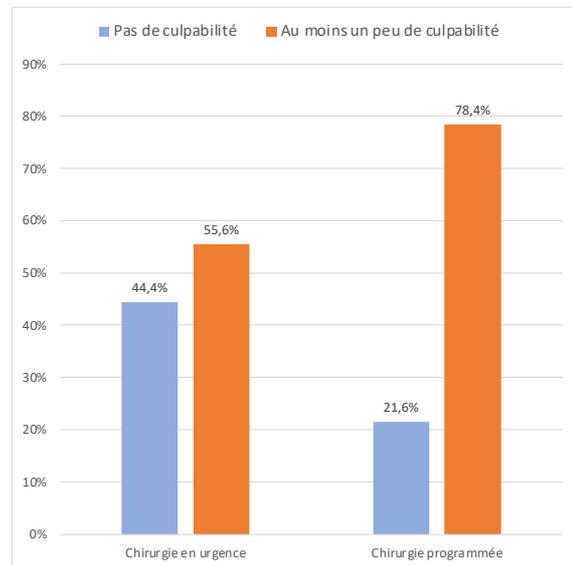


Figure 24 : Culpabilité selon le caractère programmé ou en urgence de la chirurgie

En cas de communication conflictuelle pendant le bloc ayant conduit au décès du patient, les répondants ont été 66,7% à être au moins assez perturbés par le décès, contre 30,6% en cas de communication optimale, néanmoins 50% ont ressenti de la culpabilité contre 69,4% chez ces derniers.

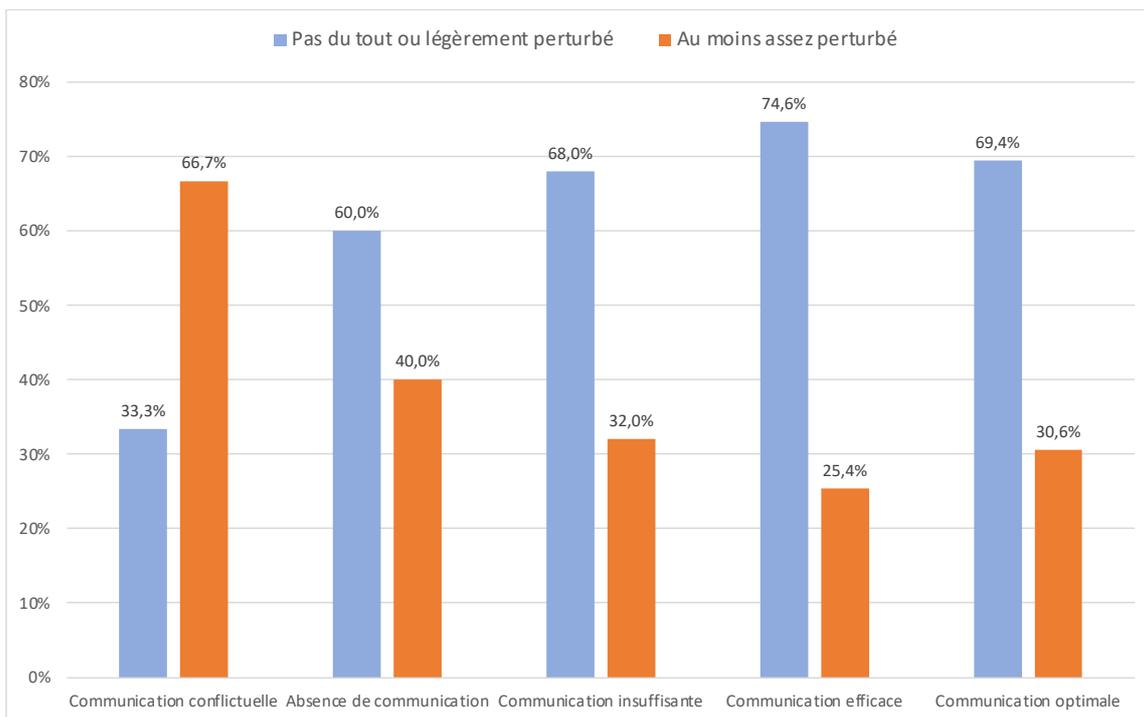


Figure 25 : Capacités de travail en fonction de la communication pendant le bloc ayant conduit au décès

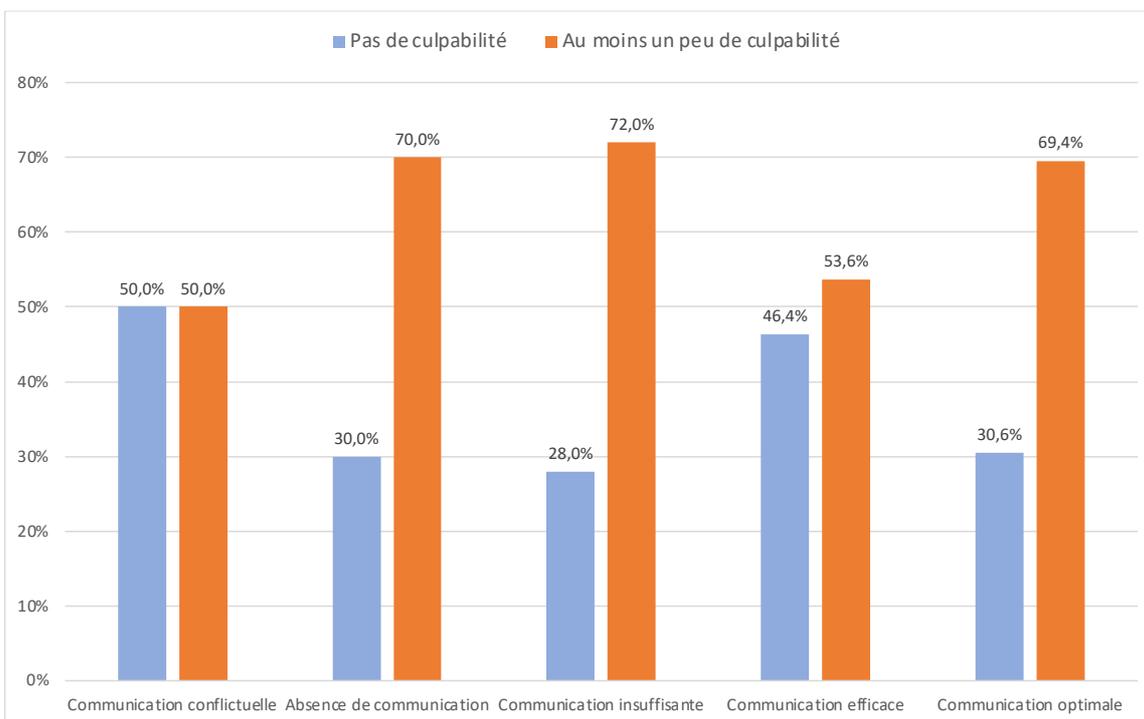


Figure 26 : Culpabilité en fonction de la communication pendant le bloc ayant conduit au décès

2.2 Mesures d'accompagnement et ressources utilisées

Après avoir vécu un décès sur table, 39,2% des répondants déclaraient n'avoir eu recours à aucune mesure d'accompagnement, 31,3% ont participé à un débriefing immédiat, 22% à un débriefing secondaire, 15,8% à une RMM, 36,7% ont pris un café informel entre collègues, 9,6% ont été soutenus par des amis non soignants et 15,8% par leur famille et leurs proches, mais seulement 1,7% ont consulté un psychologue à l'hôpital, 0,8% un psychologue en ville et 0,4% a consulté en médecine du travail. Aucun n'a eu recours à un arrêt de travail, à une éviction temporaire du travail ou à un numéro d'appel.

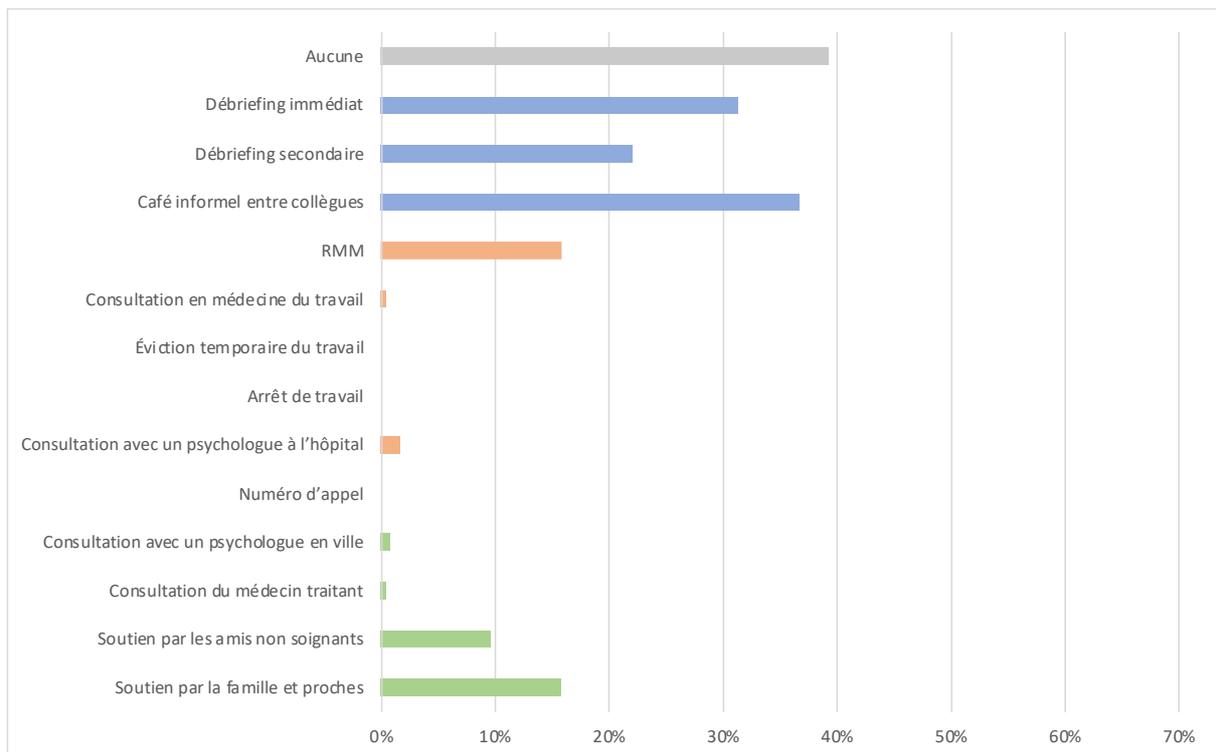


Figure 27 : Mesures d'accompagnement et ressources déjà utilisées par les répondants

2.3 Mesures d'accompagnement et ressources existantes

Quand l'ensemble des répondants a été questionné sur les mesures d'accompagnement existantes au sein de leur bloc, ils ont été 19,8% à répondre qu'il n'y en avait pas, 29,2% ont répondu ne pas savoir, 30,3% ont répondu qu'il y avait du débriefing immédiat, 30,6% du débriefing secondaire, 45,2% des RMM, 35% des cafés informels entre collègues, 16,9% des consultations avec un psychologue à l'hôpital, 11,1% des consultations de médecine du travail, 2% une possibilité d'éviction temporaire du travail et 1,7% un numéro d'appel.

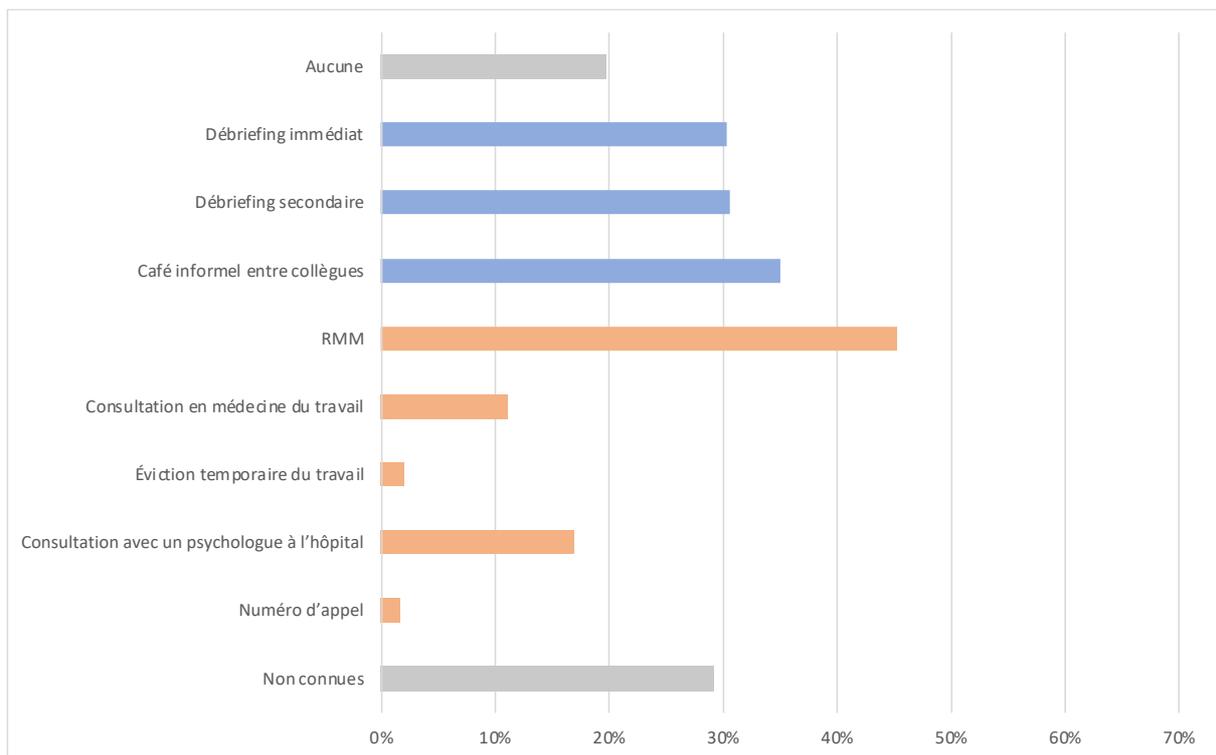


Figure 28 : Mesures d'accompagnement et ressources présentes dans le service ou institution des répondants

2.4 Mesures d'accompagnement et ressources souhaitées

Enfin, les répondants ont été interrogés sur les mesures d'accompagnement auxquelles ils souhaiteraient avoir accès. Ils ont été 52,2% à souhaiter du débriefing immédiat, 64,7% du débriefing secondaire, 42% des RMM, 35,6% des cafés informels entre collègues, 39,1% des consultations avec un psychologue à l'hôpital, 13,7% des consultations de médecine du travail, 10,8% un numéro d'appel, 10,2% des évictions temporaires du travail et 7,3% ont répondu « rien » à cette question.

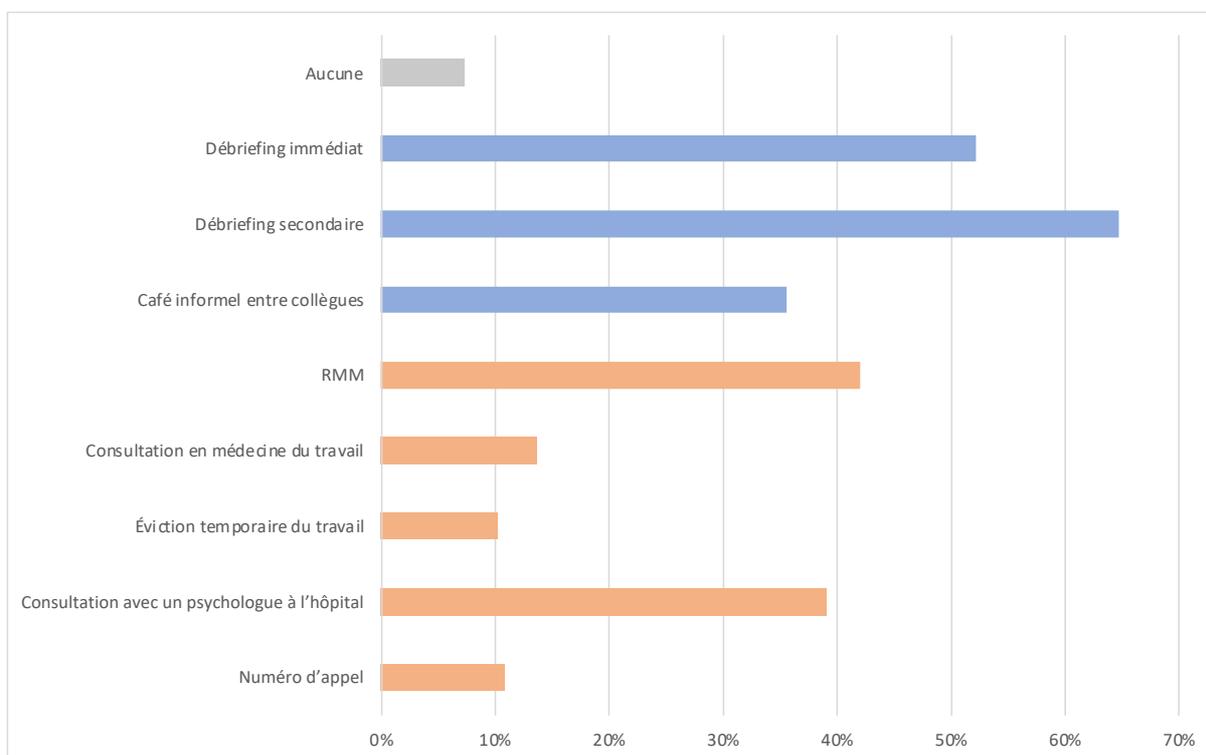


Figure 29 : Mesures d'accompagnement et ressources souhaitées par les répondants

Tableau 4 : Mesures d'accompagnement à la suite d'un décès peropératoire

Mesures d'accompagnement à la suite d'un décès peropératoire	Déjà utilisées (n = 240)	Disponibles dans le service (n = 343)	Souhaitées (n = 343)
Aucune	94 (39,2%)	68 (19,8%)	25 (7,3%)
Débriefing immédiat	75 (31,3%)	104 (30,3%)	179 (52,2%)
Débriefing secondaire	53 (22,1%)	105 (30,6%)	222 (64,7%)
RMM	38 (15,8%)	155 (45,2%)	144 (42%)
Consultation en médecine du travail	1 (0,4%)	38 (11,1%)	47 (13,7%)
Consultation avec un psychologue à l'hôpital	4 (1,7%)	58 (16,9%)	134 (39,1%)
Consultation avec un psychologue en ville	2 (0,8%)	NA	NA
Éviction temporaire du travail	0	7 (2%)	35 (10,2%)
Consultation du médecin traitant	1 (0,4%)	NA	NA
Soutien par les amis non soignants	23 (9,6%)	NA	NA
Soutien par la famille et proches	38 (15,8%)	NA	NA
Arrêt de travail	0	NA	NA
Café informel entre collègues	88 (36,7%)	120 (35%)	122 (35,6%)
Numéro d'appel	0	6 (1,7%)	37 (10,8%)
Non connues	NA	100 (29,2%)	NA

Discussion

Nous avons constaté une très grande hétérogénéité des pratiques en cas de décès sur table dans un certain nombre de CH du Nord et du Pas-de-Calais. Il ressort que seulement 47,1% des blocs ayant répondu organisent systématiquement une RMM à la suite d'un décès peropératoire, bien que ces réunions soient fortement recommandées par la HAS en cas de survenue d'un EIG. Elles sont notamment exigibles en anesthésie-réanimation dans le cadre de la certification V2010. Cela met en évidence l'absence de culture de la RMM systématique en cas d'EIG de type décès, alors qu'il s'agit d'un moment crucial de discussion à froid, permettant à l'équipe d'améliorer ses pratiques, d'instaurer et/ou améliorer les procédures, mais aussi de dissiper certaines incompréhensions et peut-être ainsi permettre aux soignants impliqués de mieux surmonter l'évènement. La gestion du corps et sa trajectoire après le décès varient grandement d'un hôpital à un autre, sans procédure spécifique rédigée. Bien que l'évènement soit rare, il pourrait être intéressant que chaque structure établisse un protocole de gestion après décès, standardisant la trajectoire du corps, aidant à la rédaction du certificat de décès, définissant les modalités d'accueil des proches, incitant à rédiger une FEI, et listant les filières possibles de soutien pour les soignants impliqués.

La principale limite de cette partie de l'étude est bien évidemment le faible taux de réponse. Les données récoltées ne peuvent être considérées comme représentatives des pratiques au sein des CH de la région, mais peuvent seulement nous donner un aperçu au sein des services répondeurs. Nous aurions probablement obtenu

davantage de réponses en prenant rendez-vous par téléphone ou en personne avec les chefs de service pour leur poser directement les questions. De plus, notre taux de réponse est une approximation. En effet, nous ne connaissons pas le nombre de soignants exerçant au sein des différents blocs opératoires questionnés. Le taux de réponse est estimé uniquement à partir des réponses des soignants du CHU. La DIRAM nous ayant communiqué les effectifs médicaux et paramédicaux en ETPR, ce qui correspond aux effectifs physiques pondérés par la rémunération reçue par ces agents en fonction de leur quotité de travail. Ils ne correspondent donc pas aux effectifs totaux mais fournissent une approximation des effectifs totaux. Notre taux de réponse, bien que faible, est donc probablement surestimé.

Concernant le recueil des données sur l'année 2022, nous avons constaté que les décès survenant en peropératoires au CHU de Lille concernaient principalement le bloc CCV, ainsi que, dans une moindre mesure, le bloc central de l'hôpital Huriez et le bloc des urgences. En 2022, la quasi-totalité des patients décédés sur table présentaient d'importantes comorbidités et étaient opérés en urgence. Les deux seuls patients décédés en chirurgie programmée ont été opérés d'une plastie mitrale et d'une dissection chronique de la crosse aortique, c'est-à-dire des chirurgies à haut risque de mortalité.

Étant donné que 68,244 interventions chirurgicales ont été réalisées cette année-là au CHU de Lille, cela correspond à un taux d'incidence de 33,7 décès pour 100,000 interventions, soit un décès sur table environ tous les 15,9 jours. Par ailleurs, aucun des patients n'est décédé d'une complication liée à l'anesthésie, ce qui est en adéquation avec le taux de mortalité totalement liée à l'anesthésie de 0,69 pour 100,000 procédures anesthésiques [2].

Certains patients ont été considérés comme étant hors de toute ressource thérapeutique après incision. Comme pour les décès sur table, la quasi-totalité de ces patients présentaient d'importantes comorbidités et étaient opérés en urgence, principalement d'une chirurgie viscérale. Le seul patient opéré en programmé relevait d'une procédure de remplacement valvulaire mitral qui s'est avérée impossible du fait de la présence d'importantes calcifications de l'anneau, obligeant la mise en place d'une valve de type TAVI, sans autre alternative, qui s'est compliquée d'une obstruction de la chambre de chasse, avec tableau d'HTAP massif et décès dans les heures qui ont suivi l'intervention.

Bien que ces patients ne soient pas décédés immédiatement sur la table d'opération mais dans un autre service, la constatation en peropératoire d'une impasse thérapeutique et, de ce fait, leur évolution inéluctable vers le décès pourrait avoir un impact psychologique significatif sur les soignants.

En tenant compte des décès de ces patients considérés en « impasse thérapeutique », l'incidence des décès est alors de 63 décès pour 100,000 interventions chirurgicales au CHU de Lille en 2022.

Il est probable que les profils des patients opérés au CHU de Lille et les types d'interventions réalisées diffèrent de ceux des établissements périphériques. L'activité chirurgicale des CH périphériques y est différente, avec des prises en charge moins complexes que dans un centre de référence tel qu'un CHU. En fonction de la taille des structures hospitalières, le nombre annuel de chirurgies peut être plus faible. Par conséquent, les décès sur table y sont probablement encore plus rares, ne permettant

pas aux équipes de s'habituer à ce type d'évènement. L'impact psychologique sur les soignants d'un tel évènement pourrait être amplifié dans ces services peu exposés.

La limite principale de ce travail rétrospectif réside dans son caractère limité dans le temps, avec le choix de l'année 2022.

Nous avons choisi l'année 2022 car le CHU avait retrouvé un niveau d'activité comparable à celui d'avant la pandémie de COVID-19, avec 68,244 interventions chirurgicales réalisées contre 67,350 en 2019 avant la pandémie.

Étant donné la rareté des décès peropératoires, un recueil de données sur plusieurs années permettrait d'obtenir des informations plus solides et fiables, ainsi qu'un plus grand nombre d'événements à analyser.

Il serait également intéressant de récolter ces données à l'échelle nationale.

Néanmoins, identifier les patients décédés en peropératoire n'est pas simple. Il n'existe aucune traçabilité spécifique à cet effet au CHU de Lille, ni dans le logiciel d'anesthésie ni dans celui de gestion du bloc opératoire. La seule méthode pour repérer ces patients a été de recenser tous ceux déclarés décédés dans les 48 heures suivant leur passage dans une UF de bloc opératoire. Nous avons ensuite dû examiner l'ensemble des dossiers numériques pour exclure les patients relevant d'une procédure de PMO et sélectionner ceux décédés en peropératoire ainsi que ceux en « impasse thérapeutique ».

Il ne semble pas y avoir de possibilité facile d'avoir accès aux données nationales de mortalité peropératoire directement via la banque de données PMSI.

Notre questionnaire a retrouvé que tous les soignants exerçant depuis plus de 30 ans au bloc opératoire ont été confrontés à un décès sur table. Ce résultat corrobore l'idée que, bien que l'évènement soit rare, la quasi-totalité des soignants y fera face au cours de sa carrière.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature. L'étude de White retrouvait que 92% des anesthésistes avaient été confrontés à un décès peropératoire et que 87% d'entre eux ont réalisé une autre anesthésie générale dans les 24 heures suivant le décès [9]. Dans notre étude, ils étaient 78,7% à en avoir vécu au moins un décès sur table, et 92,9% ont continué de travailler sans aménagement de poste.

Nos résultats retrouvent qu'environ un tiers de soignants ont été au moins assez perturbés par le décès sur table. Lorsque l'on estime être assez perturbé, fortement perturbé et plus encore, il semble difficile d'assurer des soins de qualité pour les patients suivants pris en charge immédiatement après l'évènement. On pourrait envisager plusieurs mesures, telles que la mise en place de programmes de sensibilisation sur l'impact des EIG sur les soignants, l'instauration d'une pause obligatoire d'une durée minimale d'une heure ou plus entre l'EIG et la reprise des interventions, la formation de membres référents aux techniques de débriefing et de défusing, la création de parcours de soutien et la communication sur les aides disponibles pour les soignants impliqués, ainsi que l'élaboration de tests auto-évaluatifs ou hétéro-évaluatifs pour aider les soignants à déterminer s'ils sont en mesure de continuer à travailler.

Ces mesures pourraient non seulement aider les soignants et réduire les traumatismes, mais aussi sécuriser les patients pris en charge par une équipe ayant récemment traversé un EIG, en évitant ainsi de créer des « troisièmes victimes ».

Par ailleurs, près de deux tiers des soignants ont ressenti de la culpabilité en lien avec cet évènement, ce qui est considérable. Les anesthésistes et les chirurgiens étaient les plus susceptibles d'en ressentir. Ces deux professions partagent une responsabilité conjointe dans la prise en charge du patient. Étant donné qu'ils ont jugé que l'intervention bénéficierait au patient, le sentiment de « faute » peut émerger plus facilement lorsque les risques opératoires l'emportent sur les avantages escomptés.

Concernant les internes, ceux de chirurgie éprouvaient presque autant de culpabilité que les anesthésistes et les chirurgiens. Les internes d'anesthésie étaient moins perturbés et éprouvaient moins de culpabilité, dans des proportions similaires aux personnels paramédicaux (IADE, IBODE). Une explication possible est que la formation des internes de MAR alterne entre l'anesthésie et la réanimation, or, en réanimation, les décès de patients sont beaucoup plus fréquents.

Les internes de chirurgie, eux, sont formés exclusivement au bloc opératoire. Cela soutiendrait l'idée que l'impact psychologique important des décès survenant au bloc opératoire pourrait être lié à la rareté de ces événements dans cet environnement.

L'expérience des soignants ne semblait pas les protéger de l'impact négatif et de la culpabilité liée aux décès sur table. Il est probable que la rareté de l'évènement empêche de s'y habituer, même après plus de 30 ans de carrière.

En cas de décès considéré comme évitable, si le soignant estime que tout n'a pas été mis en œuvre pour prévenir le décès et que l'issue aurait peut-être été différente s'il avait agi autrement ou exprimé ses préoccupations à un supérieur, il en

sera d'autant plus affecté. La culpabilité peut parfois découler d'une compréhension partielle et déformée de la situation. Dans ces cas, un débriefing immédiat pourrait être précieux pour clarifier le déroulement des événements et éviter les fausses croyances.

Dans le cadre d'une chirurgie programmée, le patient a été jugé opérable, ce qui implique que les bénéfices de l'intervention étaient censés surpasser les risques. Par conséquent, son décès peut être perçu comme une défaillance de cette évaluation préopératoire, rendant l'événement d'autant plus inattendu. Les répercussions sur les soignants sont donc plus importantes que lors d'une chirurgie en urgence, notamment si le patient était moribond et n'aurait pas survécu sans intervention.

Une communication conflictuelle ou inexistante semble pouvoir impacter le ressenti du soignant et sa culpabilité. Parfois, au sein d'une équipe, certains soignants hésitent à exprimer leur point de vue, par timidité, sentiment d'illégitimité, ou autre raison. Si le patient décède par la suite, il est possible que le soignant juge son silence comme en partie responsable du décès du patient. Là encore, un débriefing immédiat avec restitution de la chronologie des événements pourrait permettre de désamorcer certaines culpabilités lorsqu'elles sont injustifiées.

Concernant les mesures d'accompagnement psychologique, plus d'un tiers ont indiqué n'avoir eu recours à aucune forme de soutien. Cela renforce l'idée d'un certain isolement des soignants en cas d'évènement traumatisant.

Pour les autres, les formes de soutien les plus pratiquées étaient le café informel et le débriefing immédiat.

On observe un écart entre les mesures utilisées par les soignants, celles qui sont connues comme étant disponibles et celles souhaitées. Ce décalage pourrait refléter à la fois un manque d'accessibilité à ces mesures, l'existence de freins personnels (comme la peur du jugement ou le sentiment de « faiblesse » à rechercher de l'aide), mais aussi une méconnaissance des mesures existantes.

En effet, des dispositifs nationaux existent, avec notamment plusieurs numéros d'appel disponibles. Or 30% des soignants interrogés admettent ne pas connaître les filières d'aide existantes, et les numéros d'appels étaient très rarement cités comme mesure de recours.

Il pourrait être intéressant de communiquer au sein des blocs opératoires, notamment par voie d'affichage, sur les mesures de soutien existantes localement et nationalement. L'affichage pourrait permettre de « normaliser » le fait de rechercher de l'aide en cas de besoin, et de rendre accessible les dispositifs déjà existants.

Seulement 15 % des répondants déclaraient avoir déjà participé à une RMM après un décès sur table, ce qui est relativement faible. La majorité des décès concernaient des patients ASA 4U ou 5U, et de ce fait, n'ont pas forcément été identifiées comme « EIG », ce qui pourrait limiter la tenue de RMM.

Cependant, plus de 40 % des soignants interrogés exprimaient le souhait de participer à des RMM en cas de décès sur table. Ces résultats contrastent quelque peu avec l'étude de Pinto citée plus haut, qui révélait que la moitié des chirurgiens interrogés avaient une perception négative des RMM, les considérant parfois comme « accusatrices » et « culpabilisatrices » [14].

Le souhait des soignants semble principalement refléter une volonté de discuter de l'événement, comme en témoigne la forte demande de débriefing immédiat, de débriefing secondaire et de RMM.

Les débriefings visent principalement à reparler de l'événement, essentiellement pour apaiser les conflits et les tensions. On peut supposer que ces sessions sont plutôt centrées sur le vécu des soignants. Les RMM, en revanche, ont un format institutionnel et une valeur administrative, avec pour objectif l'amélioration et la sécurisation des pratiques, couplé à un but pédagogique collectif. Parfois, lorsque la RMM est réalisée trop précocement après l'événement, elle peut être perçue comme une recherche de responsabilité et de coupable, et peut être mal vécue par les soignants impliqués dans l'EIG.

Il pourrait être bénéfique de mettre en place des débriefings, dont le but est l'amélioration du vécu des soignants, et ce, pour tous les décès peropératoires, qu'ils soient associés ou non à un EIG. La RMM pourrait, quant à elle, être réservée aux EIG si le décès était non prévisible, à distance de l'événement.

Notre évaluation par questionnaire présente néanmoins de nombreux biais qui doivent être soulignés.

Tout d'abord, nous ne connaissons pas précisément le taux de réponse à notre questionnaire. Pour l'estimer, il aurait été nécessaire de connaître le nombre exact de professionnels de chaque corps de métier au sein de tous les blocs opératoires du Nord et du Pas-de-Calais. Malheureusement, malgré notre demande auprès des DIRAM, nous n'avons pas réussi à récupérer ces données.

Concernant l'estimation du taux de réponse au CHU de Lille, la DIRAM nous a fourni les effectifs médicaux et paramédicaux en ETPR, c'est-à-dire des effectifs physiques ajustés en fonction de la rémunération reçue par les agents selon leur quotité de travail. Par exemple, un agent avec une quotité de 80 % correspond à un ETPR de 0,8. Par conséquent, ces chiffres ne reflètent pas les effectifs médicaux totaux, mais en offrent une estimation réduite, ce qui entraîne une augmentation artificielle de notre taux de réponse.

La technique d'échantillonnage n'est pas aléatoire. De ce fait, nous n'avons aucune garantie que nos résultats soient représentatifs de la population source.

L'avantage principal réside dans son coût nul et son application simple, ce qui permet d'obtenir des résultats préliminaires et de générer des hypothèses de travail. Nous envisageons par la suite un questionnaire national, qui sera diffusé par les mailings listes des sociétés savantes et syndicats des différents corps de métiers exerçant au sein des bloc opératoires. Une alternative pourrait être de réaliser un tirage au sort à partir des bases de données des sociétés savantes et de contacter fréquemment les soignants sélectionnés. Cela permettrait d'augmenter le taux de participation à l'enquête et de constituer un échantillon représentatif, offrant ainsi des données extrapolables.

Ensuite, en raison de son caractère auto-déclaratif, le questionnaire présente un biais de mémorisation. La question centrale du questionnaire concernait l'expérience d'un décès peropératoire au cours de la carrière du répondant. Il est possible que certains aient oublié les circonstances d'un tel évènement, le nombre de

décès rencontrés, ou leur ressenti et leur culpabilité dans les suites. Par ailleurs, la culpabilité et les capacités de travail immédiates ont été évaluées a posteriori, par de simples échelles de Lickert.

Néanmoins, la rareté des décès per opératoires ne semble pas compatible avec une étude prospective.

Enfin, les personnes ayant vécu un décès sur table ont pu en être affectées par celui-ci, ce qui aurait pu les inciter davantage à répondre à notre questionnaire. Nous avons donc possiblement une sur-représentation de soignants ayant déjà vécu un tel évènement, ou ayant été fortement affecté par celui-ci. Néanmoins, nous avons près d'un tiers des répondants qui n'ont pas été exposés à un décès sur table.

Enfin, pour évaluer l'impact psychologique, nous avons choisi d'utiliser la capacité de travail auto-évaluée et le sentiment de culpabilité ressenti. Ces indicateurs, à eux seuls, ne suffisent pas à appréhender toute la complexité des répercussions psychologiques qu'un décès peut avoir sur un soignant.

Ainsi, pour remédier à cette évaluation incomplète, nous souhaitons réutiliser le questionnaire que nous avons diffusé, en implémentant une partie de dépistage des symptômes de TSA, PTSD et burn-out en fonction de la date du dernier décès survenu au bloc (< 1 mois pour TSA, 1 à 6 mois pour PTSD et > 6 mois pour burn-out) et le diffuser à l'échelle nationale. Étant donné que ce nouveau questionnaire tombe dans le domaine de la RIPH de catégorie 3, nous sommes dans l'attente d'un avis du CPP. Nous espérons obtenir cette autorisation dans les mois à venir afin de diffuser nationalement notre questionnaire remanié.

Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude qualitative, en menant des entretiens semi-dirigés avec des soignants ayant vécu des décès peropératoires, afin d'identifier les éléments ayant pu impacter négativement ou positivement leur vécu de l'évènement.

Conclusion

Les décès peropératoires sont des évènements auxquels quasiment tous les soignants exerçant au bloc opératoire seront confrontés au cours de leur carrière. Ils ne font pas l'objet d'un recensement national en France et sont encore trop peu étudiés.

Néanmoins, par leur caractère inhabituel, soudain et imprévisible, ils peuvent avoir de fortes répercussions psychologiques sur les soignants en faisant l'expérience, parfois responsables d'importantes altérations de la capacité de travail dans les heures qui suivent le décès, et d'un fort sentiment de culpabilité.

Les mesures de soutien sont encore souvent inexistantes ou peu connues du personnel, ce qui en limite l'usage.

Listes des tables

Tableau 1 : Centres hospitaliers inclus dans l'étude de pratiques	16
Tableau 2 : Caractéristiques des patients décédés sur table et hors ressource thérapeutique au CHU de Lille.....	31
Tableau 3 : Caractéristiques des répondants au questionnaire.....	33
Tableau 4 : Mesures d'accompagnement à la suite d'un décès peropératoire	47

Liste des figures

Figure 1 : Organisation systématique de RMM en fonction de la structure hospitalière	24
Figure 2 : Flow chart du recueil des décès peropératoires au CHU de Lille sur l'année 2022	26
Figure 3 : Type de chirurgie réalisée chez les patients décédés sur table	27
Figure 4 : Cause du décès des patients décédés sur table ou en dehors de toute ressource thérapeutique	27
Figure 5 : Répartition des décès sur table en fonction du bloc et du caractère urgent ou programmé de la chirurgie	28
Figure 6 : Type de chirurgie réalisée chez les patients décédés hors ressource thérapeutique.....	29
Figure 7 : Répartition des patients hors ressource thérapeutique en fonction du bloc et du caractère urgent ou programmé de la chirurgie	30
Figure 8 : Proportion des répondants ayant vécu un décès sur table.....	34
Figure 9 : Pourcentage des répondants ayant vécu un décès sur table selon leur fonction au bloc	35
Figure 10 : Proportion des soignants ayant vécu un décès sur table en fonction de leur ancienneté	35
Figure 11 : Capacités de travail après un décès peropératoire	36
Figure 12: Culpabilité après un décès peropératoire.....	37
Figure 13 : Capacités de travail après le décès sur table selon la fonction au bloc...38	
Figure 14 : Culpabilité après le décès sur table selon la fonction au bloc	38
Figure 15 : Capacité de travail après un décès peropératoire en fonction de l'ancienneté.....	39
Figure 16 : Culpabilité après un décès peropératoire en fonction de l'ancienneté	39
Figure 17 : Capacité de travail en fonction de l'âge du patient décédé	40
Figure 18 : Culpabilité en fonction de l'âge du patient décédé.....	40
Figure 19 : Capacités de travail selon la survenue en journée ou en garde du décès	41
Figure 20 : Culpabilité selon la survenue en journée ou en garde du décès.....	41
Figure 21 : Capacités de travail selon le caractère évitable ou non du décès	41
Figure 22 : Culpabilité selon le caractère évitable ou non du décès.....	41
Figure 23 : Capacités de travail selon le caractère programmé ou en urgence de la chirurgie	42
Figure 24 : Culpabilité selon le caractère programmé ou en urgence de la chirurgie 42	

Figure 25 : Capacités de travail en fonction de la communication pendant le bloc ayant conduit au décès	43
Figure 26 : Culpabilité en fonction de la communication pendant le bloc ayant conduit au décès	43
Figure 27 : Mesures d'accompagnement et ressources déjà utilisées par les répondants.....	44
Figure 28 : Mesures d'accompagnement et ressources présentes dans le service ou institution des répondants	45
Figure 29 : Mesures d'accompagnement et ressources souhaitées par les répondants	46

Références

- [1] Tiret L, Desmots JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia — prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986;33:336–44. <https://doi.org/10.1007/BF03010747>.
- [2] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087–97. <https://doi.org/10.1097/00000542-200612000-00008>.
- [3] Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet* 2012;380:1059–65. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61148-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61148-9).
- [4] Wong SL, Revels SL, Yin H, Stewart AK, McVeigh A, Banerjee M, et al. Variation in hospital mortality rates with inpatient cancer surgery. *Ann Surg* 2015;261:632–6. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000690>.
- [5] Sørensen LT, Malaki A, Wille-Jørgensen P, Kallehave F, Kjaergaard J, Hemmingsen U, et al. Risk factors for mortality and postoperative complications after gastrointestinal surgery. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract* 2007;11:903–10. <https://doi.org/10.1007/s11605-007-0165-4>.
- [6] White SM. “Death on the table.” *Anaesthesia* 2003;58:515–8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03241.x>.
- [7] Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D, Evidence-based Peri-operative Clinical Outcomes Research (EPiCOR) Group. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl* 2012;380:1075–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60990-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60990-8).
- [8] Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An Analysis of Major Errors and Equipment Failures in Anesthesia Management: Considerations for Prevention and Detection. *Anesthesiology* 1984;60:34–42. <https://doi.org/10.1097/00000542-198401000-00008>.
- [9] White SM, Akerele O. Anaesthetists' attitudes to intraoperative death. *Eur J Anaesthesiol* 2005;22:938–41. <https://doi.org/10.1017/S0265021505001602>.
- [10] Heard GC, Thomas RD, Sanderson PM. In the Aftermath: Attitudes of Anesthesiologists to Supportive Strategies After an Unexpected Intraoperative Patient Death. *Anesth Analg* 2016;122:1614–24. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001227>.
- [11] Joliat G-R, Demartines N, Uldry E. Systematic review of the impact of patient death on surgeons. *Br J Surg* 2019;106:1429–32. <https://doi.org/10.1002/bjs.11264>.
- [12] Thompson CV, Naumann DN, Fellows JL, Bowley DM, Suggett N. Post-traumatic stress disorder amongst surgical trainees: An unrecognised risk? *Surg J R Coll Surg Edinb Irel* 2017;15:123–30. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2015.09.002>.
- [13] Joseph B, Pandit V, Hadeed G, Kulvatunyou N, Zangbar B, Tang A, et al. Unveiling posttraumatic stress disorder in trauma surgeons: a national survey. *J*

Trauma Acute Care Surg 2014;77:148–54; discussion 154. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000271>.

[14] Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br J Surg* 2013;100:1748–55. <https://doi.org/10.1002/bjs.9308>.

[15] Le tabou de l'impact de la fin de vie et de la mort sur les soignants. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2023;140:i. [https://doi.org/10.1016/S1879-7296\(23\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S1879-7296(23)00002-9).

[16] Bijok B, Jaulin F, Picard J, Michelet D, Fuzier R, Arzalier-Daret S, et al. Guidelines on human factors in critical situations 2023. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2023;42:101262. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101262>.

[17] Clegg I, MacKinnon R. Strategies for handling the aftermath of intraoperative death. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* 2014;14:159–62. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt050>.

[18] Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000;320:726–7.

[19] L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) 2021.

[20] Haute Autorité de Santé HAS. Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : bilan annuel 2022. Saint-Denis La Plaine: 2023.

Annexe 1

Annexe 1 : Questionnaire d'audit de l'impact d'un décès peropératoire sur les soignants au bloc

Audit de l'impact d'un décès peropératoire sur les soignants travaillant au bloc opératoire

Les décès survenant au bloc opératoire sont peu étudiés, ils ne sont pas comptabilisés, et leur impact psychologique sur les soignants n'a jamais été évalué.

L'idée de ce questionnaire est d'essayer d'appréhender la fréquence d'un tel évènement sur les soignants, son impact potentiel, et de faire un état des lieux des mesures existantes au sein des différents bloc opératoires pour gérer "l'après", ainsi que des mesures souhaitées.

1. A quel genre vous identifiez-vous ? Choix unique.

- Femme
- Homme
- Autre

2. Quel est votre âge ?

Entrez votre réponse

3. Quel est votre lieu d'exercice principal ? Choix unique.

- CHU
- CH
- Clinique privée

4. Depuis combien d'années travaillez-vous au sein d'un bloc opératoire ? Choix unique.

- < 5 ans
- 5 à 9 ans
- 10 à 19 ans
- 20 à 30 ans
- > 30 ans

5. Quelle fonction occupez-vous ? Choix unique.

- IADE
- MAR
- IBODE
- Chirurgien
- Interne MAR
- Interne Chirurgie
- Sage-femme
- Perfusionniste
- AS
- ASH
- Autre

6. Si autre :

Entrez votre réponse

7. Quel ou quels sont le ou les domaines de spécialité présents au sein de votre bloc ?

- Trauma center et déchocage
- Chirurgie viscérale
- Chirurgie urologique
- Orthopédie et traumatologie
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie thoracique
- Chirurgie cardiaque
- Neurochirurgie
- Chirurgie plastique
- Chirurgie ORL
- Chirurgie pédiatrique
- Transplantation d'organe
- Chirurgie gynécologique et obstétrique
- Chirurgie ambulatoire
- Médecine interventionnelle (cardiologie, pneumologie, radiologie...)
- Bloc des brûlés

8. Avez-vous déjà été confronté à un décès sur table ? Choix unique.

Oui

Non

9. A combien de décès sur table annuel estimez-vous être confronté ? Choix unique.

1 à 5

6 à 10

> 10

10. A combien de décès sur table environ estimez-vous avoir été confronté depuis le début de votre carrière ? Choix unique.

1 à 5

6 à 10

> 10

11. Lorsque vous avez choisi votre service d'affectation, vous attendiez-vous à rencontrer ce nombre de décès ? Choix unique.

Oui

Non

12. Concernant votre décès sur table le plus marquant : Choix unique.

Le décès était :

Prévisible (geste de sauvetage, patient moribond)

Probable (procédure à risque et/ou patient très fragile)

Inattendu

13. Il s'agissait d'une chirurgie : Choix unique.

Programmée

En urgence

14. Quel était l'âge du patient : Choix unique.

< 18 ans

Adulte plus jeune ou de même âge que vous (jusqu'à 10 ans de plus)

Adulte plus âgé (plus de 10 ans de plus que vous)

> 70 ans

15. Le décès est-il survenu : Choix unique.

- En journée
- En période de garde (nuit et week-ends)

16. Le décès est-il survenu : Choix unique.

- Dans le service où vous travaillez habituellement
- Dans un service où vous effectuez ponctuellement des gardes

17. Selon vous le décès était-il : Choix unique.

- Évitable
- Non évitable

18. Selon vous, la cause du décès était : Choix unique.

- Le patient est arrivé moribond au bloc opératoire ("chirurgie de sauvetage")
- En lien avec une complication chirurgicale ("aléa thérapeutique")
- En lien avec une réaction à l'anesthésie ("aléa thérapeutique")
- En lien avec une erreur médicale
- Autre

19. Si autre, précisez :

Entrez votre réponse

20. Comment évaluez-vous la qualité de la communication au sein de l'équipe pendant l'intervention qui s'est soldée par le décès peropératoire ? Choix unique.

- 1) Communication conflictuelle
- 2) Absence de communication
- 3) Communication insuffisante
- 4) Communication efficace
- 5) Communication optimale

21. Après le décès sur table, durant la fin de votre poste prévu, avez-vous continué à travailler ? Choix unique.

- Oui, j'ai assuré mon poste habituel
- Oui, mais sur un poste aménagé (hors des soins ou horaire raccourci)

Non, j'ai quitté prématurément mon lieu de travail

22. Après le décès sur table, durant la fin de votre poste prévu, auriez-vous souhaité : Choix unique.

- Rester au travail sur mon poste habituel
- Rester au travail mais sur un poste aménagé (hors des soins ou horaire raccourci)
- Quitter prématurément mon lieu de travail

23. Dans les heures qui ont suivi l'évènement, et ce jusqu'à ce que vous rentriez à votre domicile, vous êtes-vous senti : Choix unique.

- Parfaitement capable de continuer votre travail à 100% de vos capacités habituelles
- Légèrement perturbé par l'évènement, mais capable de continuer votre travail à 75% de vos capacités habituelles
- Assez perturbé par l'évènement, environ 50% de vos capacités
- Fortement perturbé par l'évènement, environ 25% de vos capacités
- Incapable de travailler

24. Avez-vous ressenti de la culpabilité par rapport à cet évènement ? Choix unique.

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Énormément

25. Quel délai s'est écoulé depuis votre dernier décès sur table ? Choix unique.

- < 1 mois
- Entre 1 et 6 mois
- > 6 mois

26. A quelles mesures de soutien avez-vous eu recours après avoir vécu un décès de patient sur table ? Choix multiples.

- Rien
- Débriefing immédiat
- Débriefing secondaire
- RMM (Revue Morbi Mortalité)

- Consultation de médecine du travail
- Consultation avec un psychologue à l'hôpital
- Consultation avec un psychologue en ville
- Éviction temporaire du travail
- Consultation du médecin traitant
- Soutien par les amis non soignants
- Soutien par la famille et les proches
- Arrêt de travail
- Café informel entre collègues
- Numéro d'appel
- Autre

27. Si autre :

Entrez votre réponse

28. Quelles sont les mesures de soutien existantes au sein de votre bloc opératoire en cas de survenue d'un décès au bloc opératoire ? Choix multiples.

- Rien
- Débriefing immédiat
- Débriefing secondaire
- RMM (Revue Morbi Mortalité)
- Consultation de médecine du travail
- Consultation avec un psychologue à l'hôpital
- Éviction temporaire du travail
- Café informel entre collègues
- Numéro d'appel
- Je ne sais pas
- Autre

29. Si autre :

Entrez votre réponse

30. Quelles mesures de soutien souhaiteriez-vous au sein de votre hôpital ? Choix multiples.

- Rien

- Débriefing immédiat
- Débriefing secondaire
- RMM (Revue Morbi Mortalité)
- Consultation de médecine du travail
- Consultation avec un psychologue à l'hôpital
- Éviction temporaire du travail
- Café informel entre collègues
- Numéro d'appel
- Autre

31. Si autre :

Entrez votre réponse

Conclusion

Merci de votre participation à cette enquête.

En cas de mal être (relatif à votre travail ou non), il est possible de se faire aider et accompagner.

Pour cela, des professionnels de l'écoute sont disponibles à tout moment :

<https://www.asso-sps.fr/> ou 0 805 23 23 36

AUTEUR : Nom : LAPASSAT **Prénom :** Etienne

Date de Soutenance : 10/10/2024

Titre de la Thèse : Audit des décès survenant en peropératoire : étude épidémiologique, évaluation des pratiques et impact sur les soignants travaillant au bloc opératoire. Étude préliminaire régionale.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Anesthésie

DES + FST ou option : Anesthésie Réanimation

Mots-clés : Décès peropératoire, impact psychologique, étude de pratiques, anesthésie, seconde victime, bloc opératoire

Résumé :

Contexte :

Les décès peropératoires sont des évènements rares mais non exceptionnels. Environ 90% des anesthésistes y seront confrontés au cours de leur carrière. Par leur rareté, leur imprévisibilité et leur soudaineté, ils pourraient avoir un impact psychologique majeur sur les soignants. Il existe peu de données dans la littérature sur le sujet. Notre étude répondait à trois objectifs :

1. Faire un état des lieux des pratiques en cas de décès peropératoire
2. Mesure l'incidence des décès peropératoires au CHU de Lille en 2022
3. Connaître la proportion de soignants ayant été exposés à des décès peropératoires, l'impact immédiat sur leur capacité d'exercice, les mesures d'accompagnement existantes, accessibles et souhaitées

Matériel et Méthodes :

1. Nous avons interrogé par mail les chefs de service d'anesthésie des CH de la région sur leurs pratiques en cas de décès sur table
2. Nous avons identifié les patients décédés au bloc au CHU de Lille en 2022 et collecté leurs caractéristiques
3. Un questionnaire anonyme de 31 questions a été diffusé par mail et via un QR code dans les blocs du CHU de Lille, les Hôpitaux périphériques et les cliniques privées du Nord et du Pas-de-Calais entre mars et avril 2024

Résultats :

1. Nous avons obtenu une réponse de 28% des services interrogés. Les pratiques étaient très hétérogènes, avec seulement 47% de RMM systématique
2. Nous avons identifié 23 décès au bloc en 2022, 78% au bloc CCV, pour des chirurgies urgentes dans 91,3% des cas et aucun n'est décédé d'une complication de l'anesthésie
3. Nous avons obtenu 343 réponses dont 26% d'anesthésiste. 70% des répondants avaient déjà été confrontés à un décès peropératoire. 29% ont été au moins assez perturbés par le décès et 60% ont ressenti de la culpabilité. L'impact sur les soignants semblait majoré si le patient décédé était mineur (52% d'impact vs 27% si patient majeur) et si le décès était évitable (48% vs 24% si non évitable). Suite à ce décès, 39% des soignants ne bénéficiaient d'aucune mesure de soutien. Les mesures les plus souhaitées par les soignants étaient le débriefing secondaire (65%), immédiat (52%) et de RMM (42%)

Conclusion :

La majorité des soignants seront confrontés à un décès sur table au cours de leur carrière. Ces décès semblent avoir un impact sur les soignants, affectant au moins en partie leur capacités de travail. Le sentiment de culpabilité est très fréquent. Les mesures d'accompagnement sont encore souvent inexistantes ou non connues du personnel

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Asseseurs : Monsieur le Professeur Francis JUTHIER
Monsieur le Docteur Mouhamed MOUSSA

Directeur : Madame le Docteur Céline DUPRE