



Retour d'expérience de l'équipe « Robot »
du CHU Grenoble Alpes (CHUGA)



LA GESTION DES RISQUES AUTOUR DE LA CHIRURGIE ROBOT ASSISTÉE

JREP AIBORRA 06 Avril 2019 – L. Tournery Bachel & M. Gauthier



Plan

- INTRODUCTION
- LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL, PORTEUR DU PROJET ROBOT
- UN PROJET « SUR MESURES » POUR LES IBODE
- CONSTRUIRE LE PROJET SUR DES PILIERS SOLIDES
- QUELQUES GRANDS PRINCIPES DE LA GESTION DES RISQUES
- DES PRINCIPES AUX DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE
- DÉCRIRE LE CONTENU ET LES ÉTAPES DE LA FORMATION
- L'EXPERTISE IBODE AU SERVICE DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT
- LE PROJET À 5 ANS
- CONCLUSION

INTRODUCTION

Pourquoi traiter ce sujet ?

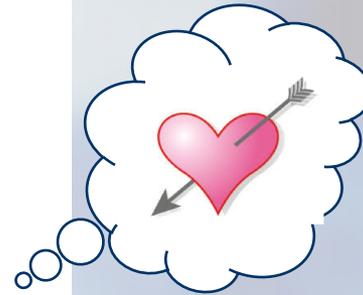


Déclic : Workshop CEREFIGE - Nancy
« Évènements Indésirables et chirurgie robotique »
Novembre 2018



CONTEXTE INSTITUTIONNEL PORTEUR DU PROJET ROBOT

La genèse du Projet Chirurgie Robot





Un contexte hospitalo-universitaire dynamique

Le CHUGA est un hôpital universitaire qui offre toutes les **spécialités médicales et chirurgicales...** donc de vastes opportunités pour des projets « neufs »

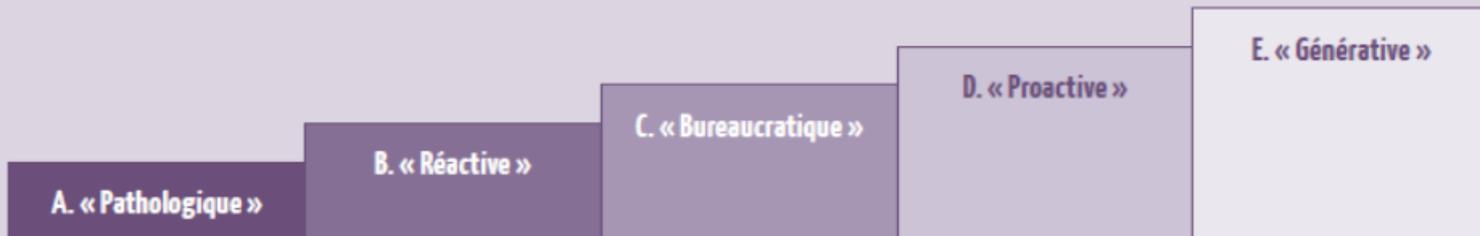


Culture du « *high tech* » bien ancrée dans l'institution

- Un soutien important de l'établissement pour les différents systèmes automatisés , robotisés et / ou de navigation robot assistée (Surgivisio – Mako – EOS – Vicky - Rosa ...) et de logistique robotisée (Kiestra...)
- Une activité de recherche en robotique, automatismes et simulations particulièrement créative sur le bassin Grenoblois (TIMC-IMAG)



Auto évaluation institutionnelle de la culture du risque



A. Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?

L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est cachée. Ceux qui signalent ne sont pas les bienvenus. Les responsabilités sont évacuées. Les erreurs sont couvertes. Les nouvelles idées sont évacuées.

B. Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un accident.

C. Nous avons des systèmes en place pour gérer tous les risques identifiés.

L'information sur les EIG reste peu utilisée, même si les messages sont tolérés. La responsabilité est compartimentée. Les erreurs sont imputées à des personnes (sanctions). Les groupes de travail prolifèrent au détriment des actions.

D. Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E. La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités.

L'information est activement recherchée. Les messages sont encouragés, les responsabilités partagées. La généralisation est valorisée. Les erreurs donnent lieu à des analyses approfondies (allant au-delà des personnes). Les nouvelles idées sont immédiatement débattues.



Politique volontaire de gestion de la qualité et des risques...

Formalisée par la nécessité des certifications successives... mais qui s'intègre très lentement dans les connaissances et les pratiques quotidiennes.

- Favorablement accueillie dans le principe par certains chirurgiens et anesthésistes porteurs de projets innovants
- Intégrée dans le cahier des charges de l'exploitation des systèmes robotisés (charte de fonctionnement - règlement intérieur)
- Pour le Robot da Vinci SI, mise en place du Comité Robotique – « conseil de service robot » intégrant toutes les instances logistiques du projet (Pharmaciens – EOH – Affaires économiques – biomédical...) avec l'équipe médicale et paramédicale



UN PROJET « SUR MESURES » POUR LES IBODE



Avant 2015 : Des ressources professionnelles méconnues

- Faible population IBODE, diversement appréciée et sous utilisée. (« Gadget coûteux et inutile dans un CHU »)
- Sans spécificité réelle dans l'environnement technologique de l'institution (potentiel et compétences méconnus, voire ignorés)
- IBODE souvent confiné au rôle de spectateur et d'exécutant du projet médical



Le projet **Médico Universitaire** de la chirurgie robot assistée « Da Vinci SI » en 2014

1. Robot interdisciplinaire : Urologie – Digestif viscéral – Gynécologie.
2. Système robotique à vocation hospitalo-universitaire : Former prioritairement les jeunes (et moins jeunes) chirurgiens aux actes robot assistés : de la « Découverte » à « l'Autonomie »
3. ... Et volonté du chef de service du bloc urologie de repenser le travail en équipe autour d'un **projet médical et para-médical fédérateur** et d'un **projet managérial novateur**



2015 : Le grand tournant

Les IBODE « sortent de l'ombre »...

- Projet médical ouvert aux propositions et à la réflexion professionnelle non médicale.
- « Noyaux dur » de 5 IBODE sur le secteur Digestif – Urologie qui s'investit dans le projet
- Gestion d'exploitation et de formation confiée à un IBODE / ORM
- Projet de formation IDE / IBODE ambitieux, en miroir et en complément du projet hospitalo-universitaire
- Acquis de l'expérience issu des certifications successives disponible et exploitable directement dans le projet global (cartographie des risques, CREX, parcours patient...)



Les prérequis de formation du projet initial (1)

- IDE / IBODE Formés sur la base du volontariat et inscrits dans une démarche d'auto formation et d'auto évaluation
- En capacité d'intervenir dans les différentes spécialités , en tant que « panseuse » ou « instrumentiste » (La fonction « aide opératoire » relevant assez souvent de l'interne / chirurgien ...).
- Une formation externe par Intuitive Surgical pour les 5+1 IBODE au départ du projet / avec les chirurgiens (IRCAD Strasbourg – École de chirurgie à Paris)
- **Culture du risque** partagée avec les Anesthésistes et les IADE



Les prérequis de formation du projet initial (2)

- Une formation en interne avec un suivi personnalisé par l' ORM pour tous les IDE intervenant ponctuellement en salle robot.
- Organisation pluri annuelle de séances de « Training » sur le robot, les installations chirurgicales, le positionnement des différents modules, la simulation des incidents... selon la disponibilité des apprenants, de la salle et du robot
- Un module similaire est organisé par le chirurgien référent pour les nouveaux internes



Convergence avec les attendus de la formation IBODE

ACQUERIR ou ACTUALISER des connaissances sur les nouvelles techniques et technologies interventionnelles en identifiant leurs intérêts et les risques liés à leur mise en œuvre.

ANALYSER et EVALUER leurs pratiques professionnelles pour les actualiser et améliorer la qualité des soins.

ANALYSER les interactions relationnelles au bloc opératoire et secteurs associés.

CERNER l'exercice actuel et futur de l'infirmier de bloc opératoire en vue de se positionner au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

PARTAGER et ECHANGER des expériences professionnelles avec des pairs et des professionnels de l'industrie biomédicale.

PLACER le patient au cœur de la pratique infirmière au bloc opératoire.

PRENDRE en CONSIDERATION les enjeux financiers et comprendre leurs influences sur les pratiques professionnelles et sur les choix institutionnels.



Convergence avec les compétences IBODE

** Extrait de l'annexe II du 19 décembre 2016 modifiant l'Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.*

CONCEVOIR ET METTRE EN OEUVRE des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire.

CONDUIRE une démarche qualité et de prévention des risques.

GERER le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et les services de stérilisation.

ORGANISER ET COORDONNER les activités de soins liées au processus péri-opératoire.

METTRE EN OEUVRE

- des techniques et des pratiques en per et post opératoire,
- des techniques complexes d'assistance chirurgicale.

FORMER ET INFORMER les professionnels et les personnes en formation.

RECHERCHER, TRAITER ET PRODUIRE des données professionnelles et scientifiques.

EVALUER ET AMELIORER les pratiques professionnelles.

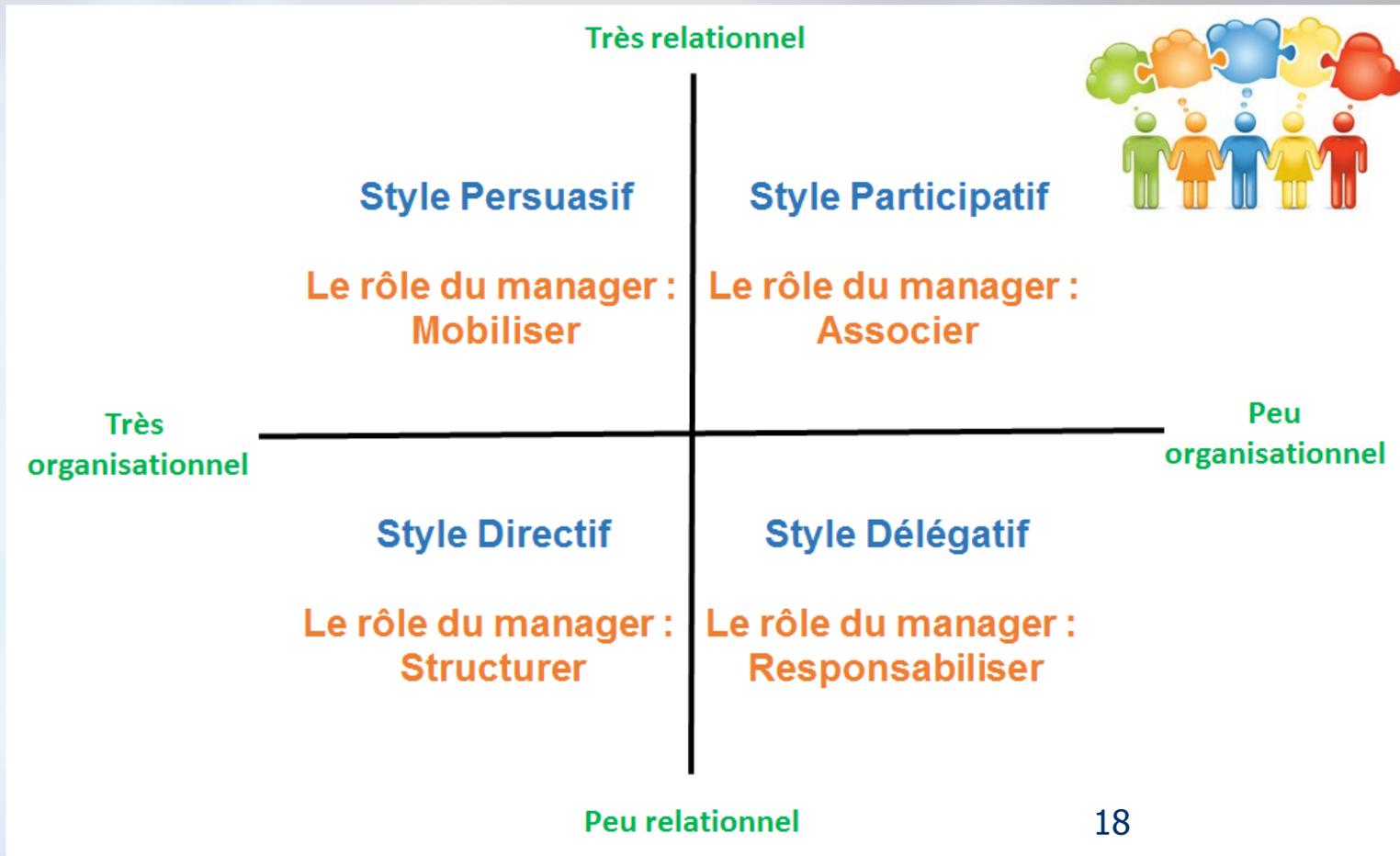


CONSTRUIRE LE PROJET SUR DES PILIERS SOLIDES



Le 1^{er} pilier

LE MANAGEMENT PARTICIPATIF





Le 2^{ème} pilier

Le PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ :





Le 3^{ème} pilier

La CONCERTATION PÉRIODIQUE :





Le 4^{ème} pilier

LA COMMUNICATION CIBLÉE ET CIRCONSTANCIÉE AU QUOTIDIEN

« Oseriez vous suggérer
à ce chirurgien senior
que sa position de travail
est inappropriée ? »





5^{ème} pilier

LA FORMATION POUR TOUS À L'ENVIRONNEMENT DU ROBOT

- Un engagement à se former et à s'évaluer en théorie, en simulation et en pratique
- Transposition du principe « De la découverte à l'autonomie »



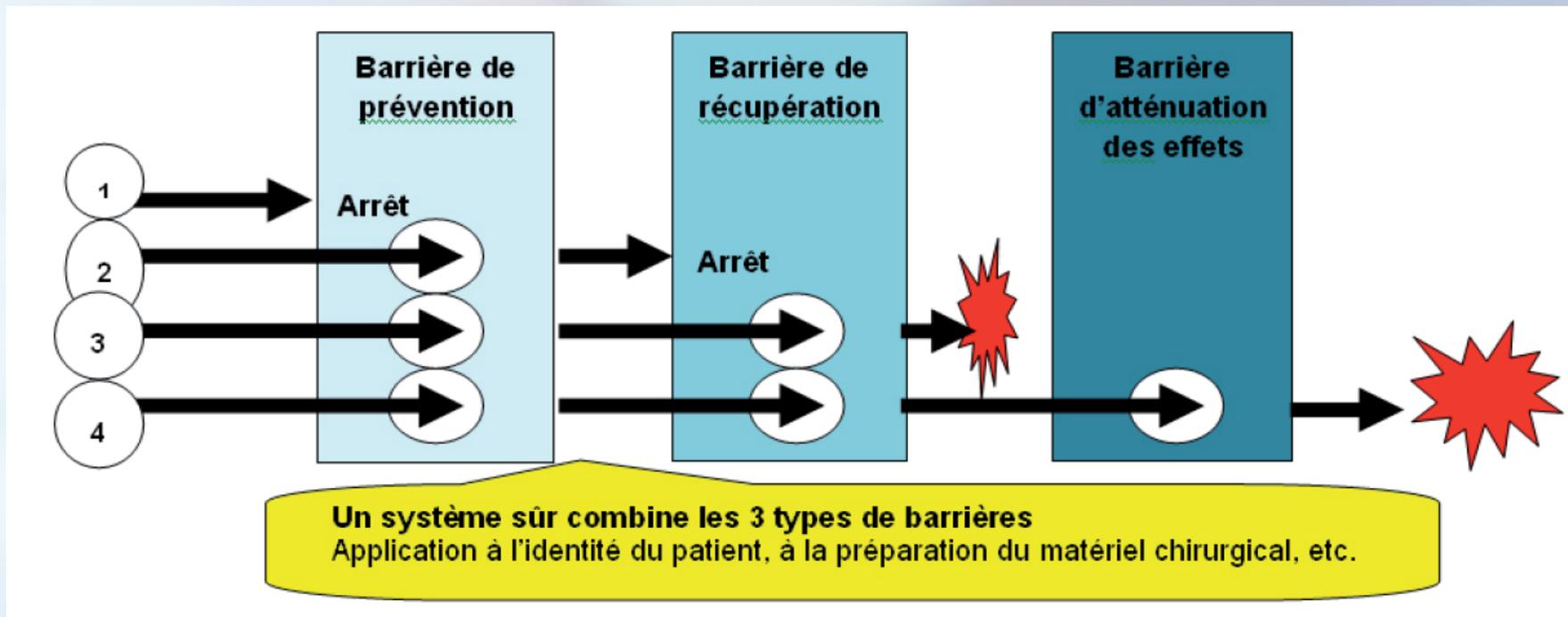
QUELQUES GRANDS PRINCIPES DE LA GESTION DES RISQUES



BARRIÈRE DE SÉCURISATION D'UNE PROCÉDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTÉE (1)

Le concept de défense en profondeur, vulgarisé en prenant l'image du « fromage suisse », propose un système explicatif en cascade à l'origine des accidents

1^{er} Principe : « Trois barrières pour éviter le risque »





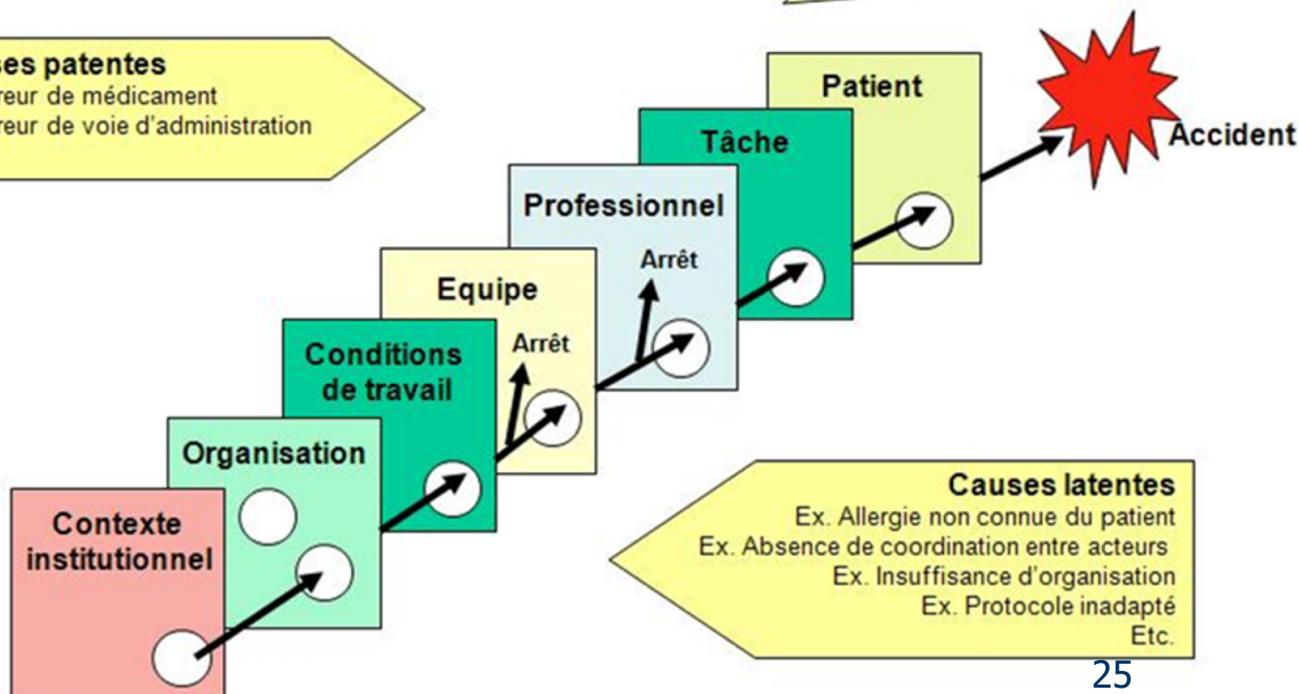
BARRIÈRE DE SÉCURISATION D'UNE PROCÉDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTÉE (2)

2^{ème} Principe : « Concept de défense en profondeur » : « Plaques successives susceptibles de générer, d'éviter ou d'atténuer un accident. (Haute autorité de santé)

Des « barrières de sécurité » (prévention, récupération, atténuation) inactives ou érodées

Causes patentes

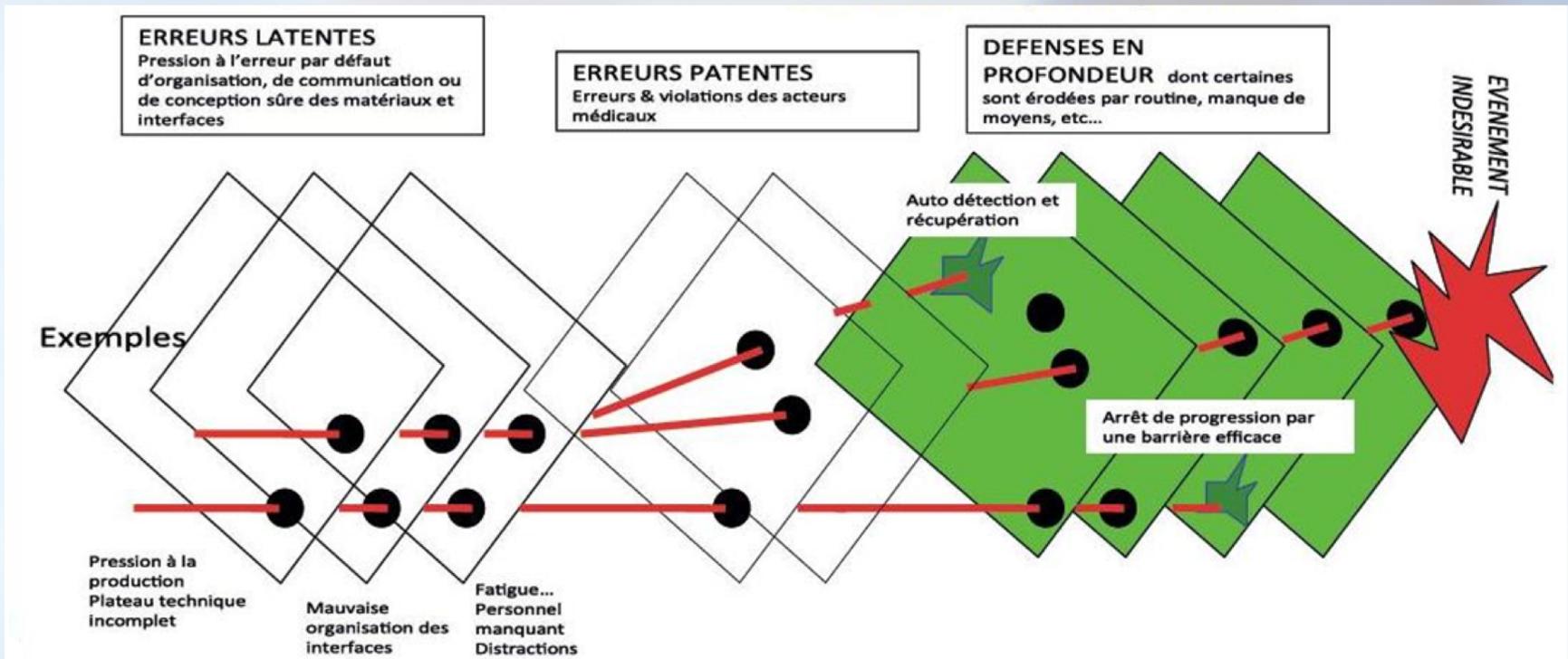
Ex. Erreur de médicament
Ex. Erreur de voie d'administration
Etc.





BARRIÈRE DE SÉCURISATION D'UNE PROCÉDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTÉE (3)

3^{ème} principe : Analyse systématique des erreurs menant à la survenue d'un événement indésirable (EI)





BARRIÈRE DE SÉCURISATION D'UNE PROCÉDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTÉE (4)

- La **PREVENTION** des EI nécessite une formation indispensable et l'information de tous les acteurs, s'inscrivant dans une perspective opérationnelle, sécuritaire et responsable.
- La **FORMATION** permet de développer les savoirs, les savoir-faire, et les savoir-être des équipes, en particulier dans le domaine des communications, de l'identification et la déclaration des situations à risques rencontrées.



BARRIÈRE DE SÉCURISATION D'UNE PROCÉDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTÉE (5)

- L'identification et l'analyse des erreurs permettent l'apprentissage, le réajustement des pratiques, l'évolution et l'adaptation des organisations ainsi que des communications.
- Ces dispositions sont soutenues par un **management participatif non coercitif** permettant une vigilance pertinente sans laquelle les barrières de sécurité restent théoriques.





BARRIERES DE SECURISATION D'UNE PROCEDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTEE (6)

- La mise en place de ces différentes barrières reprend les 14 étapes de la **cartographie des risques** recensés pour une procédure chirurgicale robot assistée
- Elles délimitent ainsi 19 **indications critiques** où la poursuite de la procédure chirurgicale robot assistée peut être ré-évaluée au profit d'une chirurgie conventionnelle, et/ou de conversion et/ ou d'un report et/ou d'une annulation du geste chirurgical.



En pratique, au bloc opératoire «Robot»

- La plupart des erreurs sont révélées durant la période péri-opératoire.
- La majorité des EI repose sur des problèmes de communication, de coordination inappropriée au sein des différentes équipes du parcours patient et plus particulièrement des équipes travaillant au bloc opératoire
- Au CHUGA, l'expérience nous a démontré que tous les évènements indésirables - non chirurgicaux - que nous avons rencontrés auraient pu être anticipés...

DES GRANDS PRINCIPES AUX DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE « MAISON »



« GO » « NO GO »



Go – No Go :

Une aide à la décision collégiale

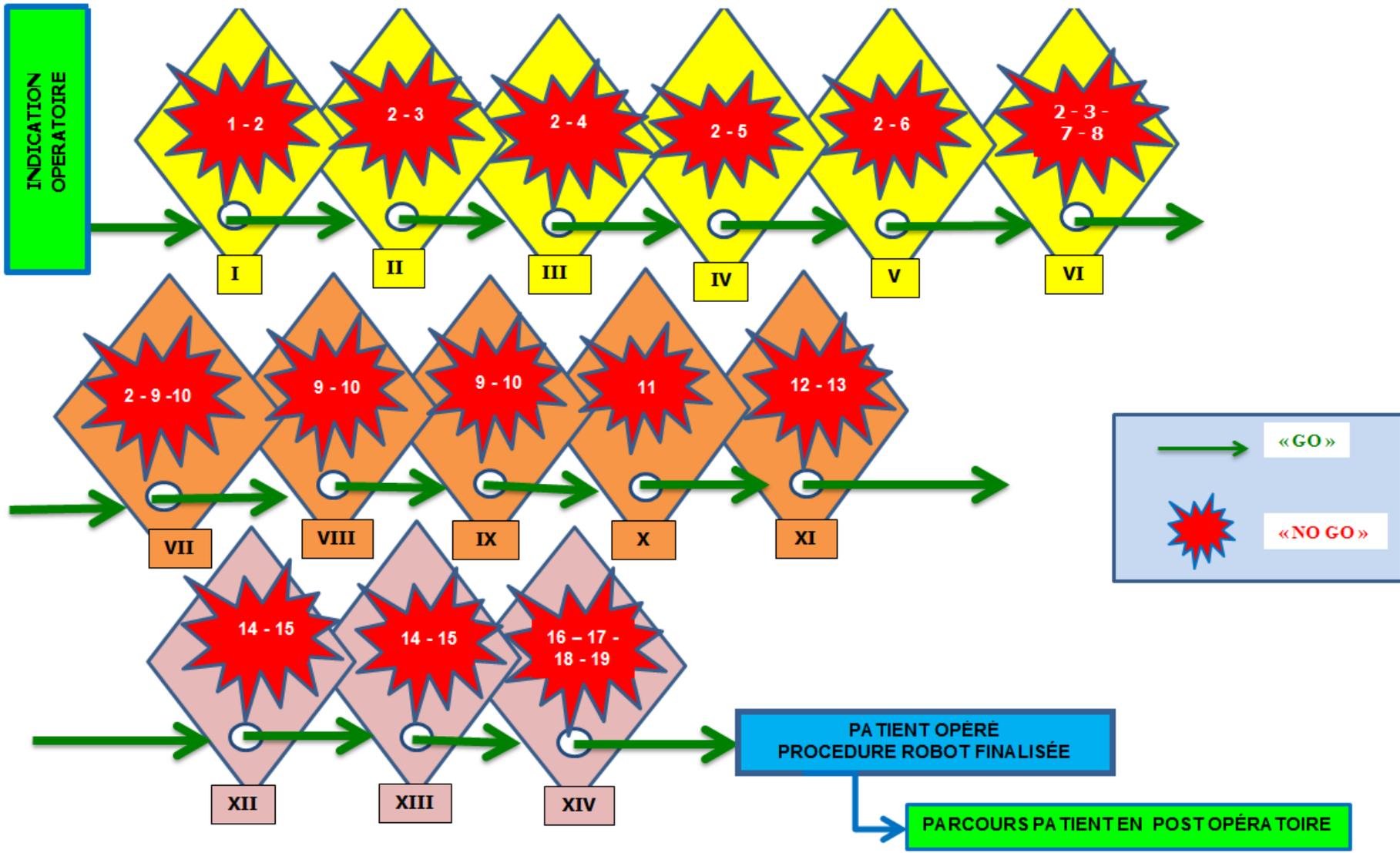
« GO »			« NO GO »
REF PROCESSUS	FACTEURS DE REUSSITE	INDICATEURS DE PERFORMANCE	POURSUITE DE LA PROCEDURE ROBOT ?
I) Indication opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier médical complet lors de la consultation - Disponibilité d'un document pour informer le patient - Liste des indications avec BMI < 30 et score ASA <3 - Chirurgien habilité par le comité robotique et ayant signé la charte robot - Charte validée et disponible en ligne - Convention d'utilisation du robot signée par chaque opérateur senior attestant que le processus de formation a été complété 	<p>Taux d'opérateurs habilités ayant signé la charte</p> <p>Les bénéfices escomptés de la procédure robot vs chirurgie « classique » sont évalués en commission MM</p>	COMMUNICATIONS ADAPTÉES
II) Programmation intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le cadre du bloc qui prévoira la présence des IDE / IBODE référentes robot 	<p>Délais des programmations pour une intervention assistée par robot et pour l'hospitalisation identiques à ceux d'une intervention « classique »</p>	
III) Programmation hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Les plages de vacances offertes par spécialité permettent de proposer une procédure robot assistée dans un délai acceptable par le patient 		
IV) Consultation anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> - Les critères d'indication et de contre-indication à la chirurgie robot assistée sont connues de tous les anesthésistes effectuant les consultations 	<p>Grille des critères d'anesthésie définie, connue et appliquée</p>	
V) Admission	<ul style="list-style-type: none"> - Patient attendu et entré dans les temps dans le service prévu 	<p>Taux d'occupation des lits</p> <p>Durée de séjour</p>	
VI) Préparation du plateau technique robotisé	<ul style="list-style-type: none"> - Convention d'utilisation du robot destinée aux IBODE - Mode d'emploi du robot connu - Procédures de sécurité connues et éprouvées - Les IDE/IBODE non référentes sont formées - Gestionnaire unique pour logistique du robot - Procédures et consignes écrites et validées en ligne 	<p>Taux des IBODE référentes ayant signé la convention d'utilisation du robot</p>	
			<p>1) Indication chirurgicale du robot défavorable</p> <p>2) Refus exprimé du patient (possible des étapes 1 à 7 du processus)</p> <p>3) Pas d'IBODE référente disponible au planning</p> <p>4) Indisponibilité non prévue du chirurgien habilité au robot le jour de sa vacation</p> <p>5) Patient récusé à l'utilisation du robot par l'anesthésiste</p> <p>6) Patient non rentré dans le service</p> <p>3') Indisponibilité imprévue de l'IBODE référente le jour même</p> <p>7) Robot non opérationnel</p> <p>8) Matériel spécifique manquant ou défectueux ou non stérile</p>

VII) Installation sur table d'opération	- Identitovigilance, accueil, vérifications décrits par protocoles institutionnels - Fiches techniques réévaluées et illustrées	Toutes ces situations font l'objet de protocoles écrits, en ligne, connus et appliqués	COMMUNICATIONS ADAPTÉES	Erreur d'Identitovigilance : Non spécifique à la chirurgie robot assistée
VIII) Mise en œuvre anesthésie générale	- Anesthésie effectuée dans les règles de l'art - Risques connus et maîtrisés – Personnels formés - Absence de complication			9) Contre-indication apparue au décours de l'anesthésie
IX) Positionnement du patient	-Fiches techniques réévaluées et illustrées			10) Difficulté d'installation du patient contre indiquant la poursuite du geste sous robot
X) Positionnement du robot	-Fiches techniques réévaluées et illustrées			11) Impossibilité de positionner le robot dans une configuration de sécurité
XI) Drapage	-Technique d'habillage du robot maîtrisée, même en espace restreint - Absence de faute d'asepsie - Environnement stérile respecté			12) Faute d'asepsie sur dispositif stérile critique (optique) non remplaçable 13) Défaillance de la caméra
XII) Mise en place des trocarts	- Fiches techniques réévaluées et illustrées - Chirurgien expérimenté et habilité robot - Risques connus et maîtrisés	Procédure d'installation du robot et durée dans les normes de cette technique.	COMMUNICATIONS ADAPTÉES	14) Conflits chroniques des bras du robot rendant le geste difficile ou dangereux
XIII) Docking	-Gestuelle maîtrisée et mesures de sécurité appliquées – Personnels formés - Absence de complication			15) Défaillance critique du robot non récupérable
XIV) Déroulement de l'intervention robotisée	-Chirurgien expérimenté et habilité robot -Observance et traçabilité de la check-list d'avancement. -Fiche opératoire disponible en salle -Protocoles de sécurité maîtrisés			Taux de professionnels intervenants ayant signé la convention d'utilisation du robot Taux d'interventions annulées, reportées ou converties Déclaration UMAGRIS

BARRIERES DE SECURISATION D'UNE PROCEDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTEE
Tableau croisé

		ETAPES													
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
RISQUES	1	x													
	2	x	x	x	x	x	x	x							
	3		x				x								
	4			x											
	5				x										
	6					x									
	7						x								
	8						x								
	9							x	x	x					
	10							x	x	x					
	11										x				
	12											x			
	13											x			
	14												x	x	
	15												x	x	
	16														x
	17														x
	18														x
	19														x

BARRIERES DE SECURISATION D'UNE PROCEDURE CHIRURGICALE ROBOT ASSISTEE





DÉCRIRE LE CONTENU ET LES ÉTAPES DE LA FORMATION



Nom – Prénom de l'IDE /IBODE :

Connaissance théorique : TH
Pratique simulée : PS
Pratique réelle : PR

TH

PS

PR

Pans : Panseuse

Inst : Instrumentiste

UTILISATION COURANTE DES DIFFERENTS MODULES DU ROBOT

Les principaux composants du système chirurgical da Vinci Si®

Vue d'ensemble de la console chirurgien

Vue d'ensemble du charriot patient

Vue d'ensemble du charriot imagerie

La configuration de la salle d'intervention

Positionnement de la console chirurgien

Positionnement du charriot patient

Les moteurs d'entraînement

Les commutateurs

Positionnement du charriot imagerie

Connexions du système

Branchement au secteur

Branchement des câbles du système

Connexion des câbles de tête de caméra

Branchement des dispositifs auxiliaires

Branchements vidéo et audio

Démarrage du système

Mode autonome

Mode manuel

Séquence de démarrage

Positionnement et configuration pour l'habillage stérile des bras (Pans)

Configuration après habillage en position rentrée (Inst)

MISE EN PLACE DES CHAMPS STERILES

Consigne de mise en place des champs stériles

Procédure pour recouvrir la colonne

Habillage des bras d'instrumentation

Habillage du bras caméra

Habillage de la tête de caméra

UTILISATION DU SYSTEME D'IMAGERIE

Le système d'imagerie : vue d'ensemble

Configuration du système d'imagerie depuis la tête de caméra (Inst)

Configuration du système d'imagerie depuis la tête de caméra (Pans)

Utilisation des commandes de l'illuminateur

Utilisation des commandes du système d'imagerie sur l'écran tactile

Réglage de l'écran

Réglage de la qualité de l'image



PREPARATION DU PATIENT

Positionnement des points d'intervention et insertion des canules			
Arrimages			
Déplacement des bras du charriot patient			
Installation, insertion, retrait des instruments			
Système d'urgence de desserrage des mors			
Maintenance des instruments en per opératoire			
Identification des signes d'usure des instruments			
Installation, insertion, retrait de l'endoscope			
Maintenance per opératoire de l'endoscope			
Changement d'endoscope			

ARRET ET RANGEMENT DU SYSTEME

Préparation à l'arrêt du système			
Gestion de l'inventaire et pointage du registre			
Arrêt du système Da Vinci Si®			
Rangement du système			

NETTOYAGE ET ENTRETIEN

Entretien du système			
Nettoyage des différents modules			
Nettoyage et pré désinfection des instruments			

GESTION DES ERREURS

Erreurs système			
Erreurs non critiques			
Désactivation des bras d'instrumentation et des manipulateurs			
Désactivation du boîtier de commande d'instrument (BCI)			
Erreurs critiques			
Système d'arrêt d'urgence (EPO)			
Batterie de secours			
Condition de courant faible			

CONVERSION EN CHIRURGIE OUVERTE

Retrait des instruments et de l'endoscope du patient			
Débranchement des instruments et de la caméra des bras			
Retrait des bras			



Apprendre à savoir gérer les évènements indésirables en temps réel



Renseignements pour déclaration d'évènement indésirable – Robot Da Vinci Intuitive™

1. Rapporteur		
CHU DE Grenoble - PGBO – Bloc central CS10217 GRENOBLE 38043 - Cedex 9 France	a) Nom du contact	
	b) Titre	IDE / IBODE
	c) Téléphone	65220
	d) Robot PS 3000 4arm	PN 380675-02 ; TRK ID 48055
	e) Système vision	PN38090-11 ; TRK ID 329320
2. Renseignements relatifs au produit		
a) Désignation du produit		
b) Référence et numéro de version	c) Numéro de lot/	
	d) Numéro de série	
e) nombre d'utilisation restante si instrument robotisé		
3. Renseignements relatifs à l'intervention		
a) Date de l'évènement		
b) Nom du chirurgien à la console		
c) Type d'intervention		
d) Renseignements sur le patient	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Âge : Poids :	
e) Quand le problème a-t-il été identifié ?	<input type="checkbox"/> Avant que l'intervention commence, avant l'anesthésie <input type="checkbox"/> Avant que l'intervention commence, après l'anesthésie <input type="checkbox"/> Pendant intervention <input type="checkbox"/> Après l'intervention	
f) Description détaillée de l'évènement (joignez des photos/vidéos, le cas échéant)	Étiquette patient *** Pour CHUGA seulement	
g) Issue de l'intervention	<input type="checkbox"/> Dispositif non utilisé sur le patient <input type="checkbox"/> Intervention terminée <input type="checkbox"/> Intervention abandonnée <input type="checkbox"/> Laparoscopie pratiquée <input type="checkbox"/> Chirurgie ouverte pratiquée	
h) Le patient a-t-il été blessé ou est-il décédé ?	<input type="checkbox"/> Non *Si oui, merci de donner des détails <input type="checkbox"/> Oui*	
i) Chute d'un fragment dans le patient ?	<input type="checkbox"/> Non *Si oui, merci de préciser les détails suivants : <input type="checkbox"/> RETRAIT du fragment PENDANT l'intervention dV <input type="checkbox"/> RETRAIT du fragment APRÈS l'intervention dV <input type="checkbox"/> AUCUN retrait du fragment	

*** Les informations relatives à l'identité du patient ne seront utilisées que pour la déclaration d'évènement indésirable /QUALNET / du CHUGA, et seulement si présence d'un **pro** corps (paragraphe 3g et/ou 3h et/ou 3i renseigné). En aucun cas l'identité du patient ne doit être transmise à Intuitive Surgical™



L'EXPERTISE IBODE AU SERVICE DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT

L'environnement robot DV : Une singularité chirurgicale



Pourquoi la notion de risque est-elle particulièrement sensible en chirurgie robot assistée (DV) ?

Chirurgien
à la console
=
équipe
« orpheline »





IBODE et gestion des risques

- Formation initiale et continue des IBODE puis des IDE fondée sur la **démarche de soins réflexive et personnalisée** (*encore et toujours...*)
- Obligation de prioriser les différentes tâches infirmières dans la logique propre à la chirurgie robot assistée
- Faire évoluer le mode de pensée synthétique par la reformulation des « *raccourcis de langage* », des « *raccourcis de pensée* » et des « *habitudes* »



S' informer à la source

- Présence de l'IBODE au staff pour préparation de l'intervention en plus de la lecture de la feuille d'anesthésie
- Recueil d'information sur les difficultés éventuelles du geste opératoire ou l'utilisation possible de matériel « non conventionnel » = briefing préopératoire avec les Chirurgiens avant le 2^{ème} temps de la check List HAS



Check List IBODE

Tout n'est pas inscrit dans la CL HAS

Annexe 1 : Check List IBODE sécurité patient pour la prostatectomie radicale en chirurgie robot assistée. Cette vérification ne se substitue à aucun des 3 temps de la Check List HAS mais les complète

POINTS CRITIQUES		OK	STOP
Avant installation du patient			
1	Matelas coquille LISSE et REPARTI - Dépression à ½ - Le matelas reste malléable		
2	Chauffage du matelas et du drap destiné à couvrir le patient		
2	Robot placé dans l'alignement de la table – Scialytiques en « W »		
3	Gels + appuis / jambières en salle + 4 alèses UU		
À l'installation du patient			
1	Patient correctement positionné sur matelas coquille.		
2	Matelas coquille remis à pression ambiante (effet « plage de sable »)		
À l'installation chirurgicale			
1	Bras droit en abduction à 60° sur appuis bras (si possible), protégé par GVE		
2	Matelas modelé sans appuis, en éversion, sans appuis sur les oreilles et le sommet du crâne		
3	Plateaux des jambes en abduction - rétroflexion à 15° du plateau droit		
Pendant le temps chirurgical			
1	Temps « T0 » du Trendelenburg : noté		
2	Passage du bras 3 à l'horizontal sans contact sur le patient : vérifié		
3	Après Docking, absence de point de contact bras n°3 / matelas / patient : vérifié		
4	Réduction de l'abduction du bras droit et de la rétroflexion de la jambe droite : effectué		
5	Déplacement du charriot patient neutralisé (témoin orange) : vérifié et annoncé		
6	Heure de début de la procédure robot : notée		
7	Vérification HORAIRE de l'état de dépression du matelas : effectué / complétée		
8	Check List intermédiaire à T0+2h00 : proposée – Pertes sanguines : quantifiées		
9	Heure de fin de procédure robot : notée		
A tout moment			
1	Évènement indésirable éventuel sur fiche « PGB0-ROBOT-FOR002 » : signalé et déclaré		



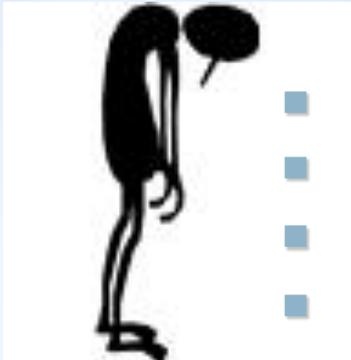
ÉTAT DU PROJET À 5 ANS





Limites de la démarche

- Vieillesse prématurée du matériel et obsolescence du modèle devenu moins attractif pour les jeunes chirurgiens
- Modification des pratiques IDE suite au départ des IBODE référents
- Budget contingenté et non extensible
- Salle devenue non dédiée (optimisation du temps d'occupation)
- Passage en 10h00 des équipes (perte de continuité des tâches)
- Perte progressive du statut « expert » de la chirurgie robot (qui devient une chirurgie sous coelioscopie « améliorée »)
- Programme de formation des internes renforcé en simulation en laboratoire, donc moins de disponibilités pour l'apprentissage au robot



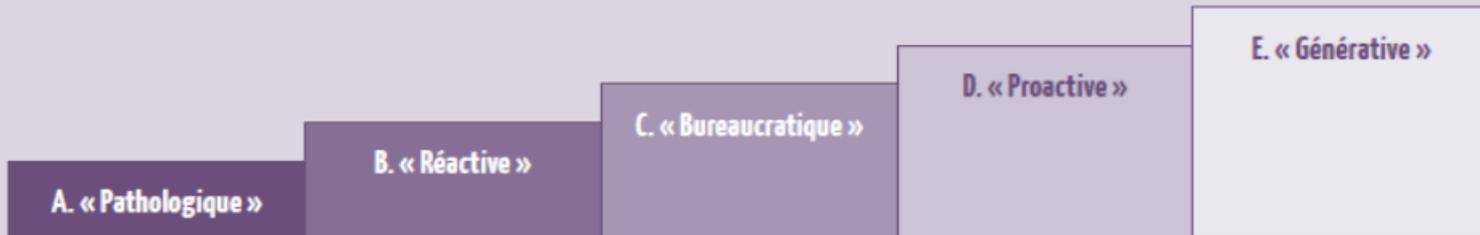


Conséquences

- Augmentation significative du nombre de pannes = Déprogrammations et / ou geste fait en coelioscopie plus fréquents
- Intérêt relativisé du geste assisté par robot, qui devient moins systématique
- *Standardisation des pratiques*, qui deviennent « habituelles »... avec les risques afférents.
- Culture du risque en perte d'investissement



Que devient l'autoévaluation de la culture du risque ?



A. Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?

L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est cachée. Ceux qui signalent ne sont pas les bienvenus. Les responsabilités sont évacuées. Les erreurs sont couvertes. Les nouvelles idées sont évacuées.

B. Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un accident.

C. Nous avons des systèmes en place pour gérer tous les risques identifiés.

L'information sur les EIG reste peu utilisée, même si les messages sont tolérés. La responsabilité est compartimentée. Les erreurs sont imputées à des personnes (sanctions). Les groupes de travail prolifèrent au détriment des actions.

D. Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E. La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités.

L'information est activement recherchée. Les messages sont encouragés, les responsabilités partagées. La généralisation est valorisée. Les erreurs donnent lieu à des analyses approfondies (allant au-delà des personnes). Les nouvelles idées sont immédiatement débattues.



... Mais

- Ouverture prochaine à d'autres spécialités : Thoracique – Digestif pariétal
- Nombre d'EI « physiques » graves sur patient en régression par rapport aux années précédentes.
- Durée de procédure chirurgicale robot assistée optimisée , pour les « seniors » et les « juniors ». Simulateur chirurgical robot utilisé fréquemment , y compris par les externes et les étudiants IDE / IBODE
- Équipe devenue autonome pour la gestion des pannes et la formation de terrain des « nouveaux »
- Relations privilégiées avec les services économiques conservées malgré la charge financière lourde dans un contexte budgétaire difficile.



Des effets secondaires inattendus...



- Regard différent et motivation accrue pour les IDE formés au robot, les incitant à s'investir dans la Formation et la Responsabilité IBODE (école ou VAE)
- Démystification de la Démarche Qualité et de la Gestion des Risques (application concrète sur le terrain)
- La démarche permet de (ré) investir la dimension du SOIN et de (re)donner du sens à notre exercice professionnel
- La dynamique relationnelle s'est sensiblement améliorée dans l'ensemble de l'équipe opératoire / anesthésie (« au robot, c'est pas pareil ! »)



CONCLUSION

« Former et se former » – « Informer et s'informer »
doit rester notre défi permanent

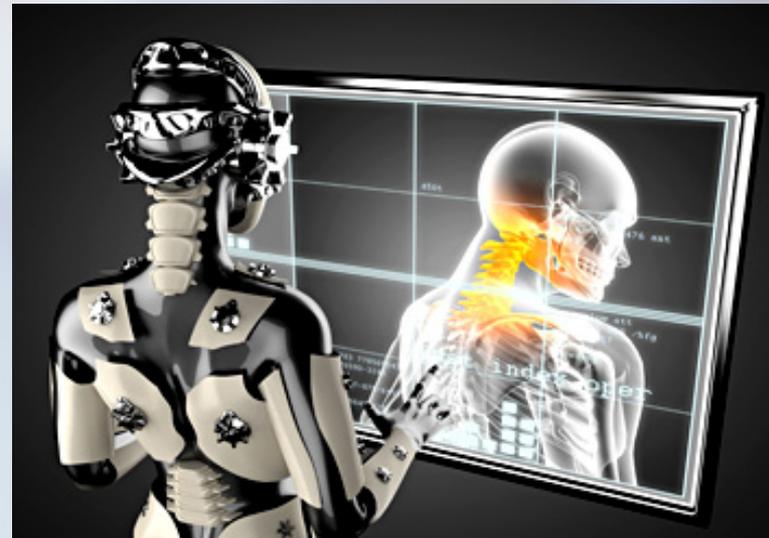
- Le robot DV n'est qu'une étape dans la course technologique exponentielle des outils chirurgicaux...
- Les nouveaux dispositifs qui se présentent sont des opportunités rêvées de valoriser le potentiel IBODE dans la gestion des risques et la responsabilité partagée que nous autorisent les actes exclusifs, si chèrement acquis et si âprement défendus... A nous de les anticiper, de les saisir et de communiquer à leur sujet !



IBODE aujourd'hui



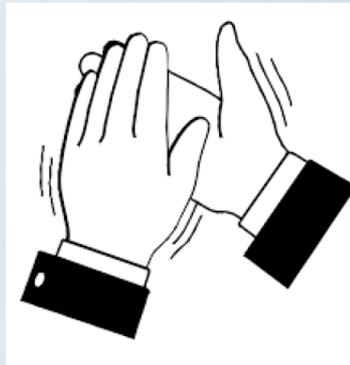
IBODE demain ?





Nos remerciements aux Prs J.J. RAMBEAUD et J.A LONG, pour l'élaboration du projet, sa concrétisation et sa pérennité depuis 5 ans, sans oublier l'investissement de tous nos responsables logistiques sans lesquels rien ne serait possible.

Un grand merci à tous nos collègues IDE et IBODE investis dans l'activité chirurgicale robot assistée, pour leur patience et leur implication à faire évoluer les pratiques professionnelles.





Merci de votre attention

