

## Résultats

# « ENQUÊTE DÉPART DE FEU AU BLOC OPÉRATOIRE »

Pour la commission IADE SFAR  
Isabelle Macquer<sup>1</sup> – Hawa Keita-Meyer<sup>2</sup>

Un grand merci à tous d'avoir pris le temps de répondre à l'enquête !!

Pour rappel, l'objectif de l'enquête était de réaliser un **état des lieux des pratiques et des connaissances relatives au départ de feu au bloc opératoire**. Cette enquête était à l'initiative de la commission IADE de la SFAR et destinée aux professionnels de l'anesthésie.

Elle a été menée en ligne via le site de la SFAR de **janvier à septembre 2018**.

Au total, vous avez été **973** à répondre au questionnaire.

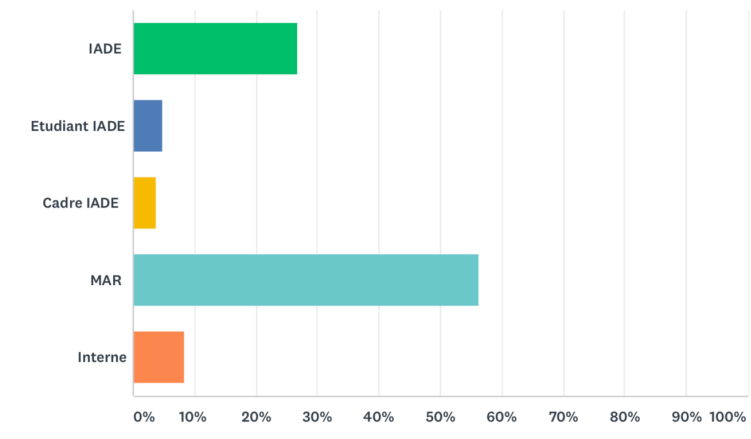
1. Isabelle Macquer  
IADE, CHU Bordeaux Pellegrin, Place Amélie Raba Léon, 33000 Bordeaux  
[isabelle.macquer@chu-bordeaux.fr](mailto:isabelle.macquer@chu-bordeaux.fr)
2. Pr Hawa Keita-Meyer  
149 Rue de Sèvres, 75015 Paris  
[hawa.keita@aphp.fr](mailto:hawa.keita@aphp.fr)

## 1) Description de la population et des structures

Plus de la moitié des répondants étaient des MAR (56%) et un quart des IADE (27%). Les internes représentaient un peu moins de 10% de la population (*Figure 1*).

En termes d'expérience, près de la moitié des répondants travaillaient depuis plus de 5 ans au bloc opératoire (56%) et 15% avaient une expérience < 1 an.

**Figure 1 : Catégories professionnelles**



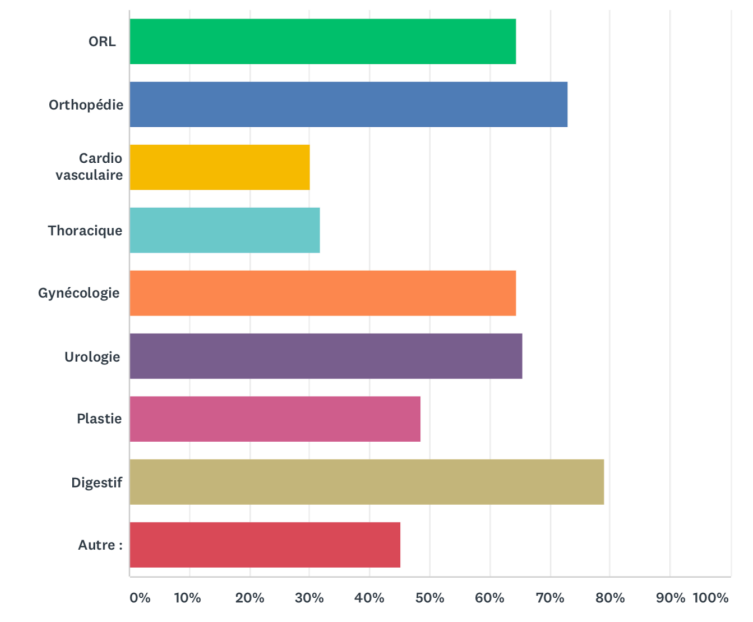
Soixante-dix pourcents des répondants travaillaient dans le secteur public, dont 46% en CHU et 24% en CHG. Le secteur privé représentait un quart et les PSPH environ 5%.

La très large majorité des répondants (91%) exerçaient dans un bloc pluridisciplinaire.

Les spécialités les plus représentées dans ces blocs étaient ORL-Ortho-Digestif-Uro/gynéco.

Le cardio-thoracique et la chirurgie plastique étaient les moins représentées (*Figure 2*).

**Figure 2 : Spécialités chirurgicales présentent au bloc**

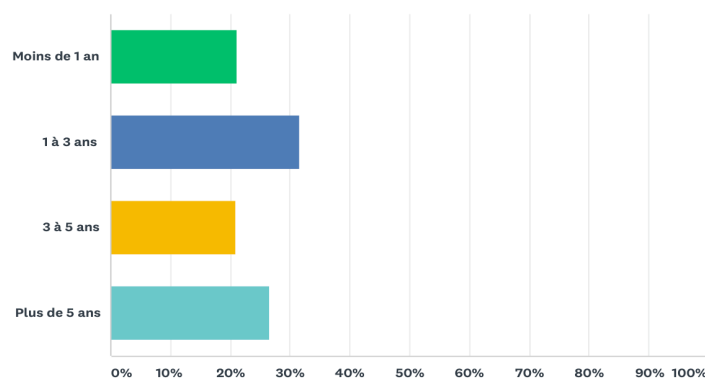


## **2) Formation incendie**

L'enquête révèle un cruel manque de formation.

Seul, un tiers des répondants avaient bénéficié d'une formation « sécurité incendie ». Parmi ces personnes ayant eu une formation, celle-ci remontait à plus de 5 ans pour près d'un quart d'entre eux et seulement 21% avaient eu une formation de moins d'un an (Figure 3). Par ailleurs, la participation à un exercice d'évacuation du bloc opératoire était marginale (3%) et moins de la moitié des répondants (48%) connaissent le n° d'appel d'urgence incendie de son établissement.

**Figure 3 : Ancienneté de la formation « sécurité incendie » lorsque celle-ci avait été suivie (33% des répondants)**

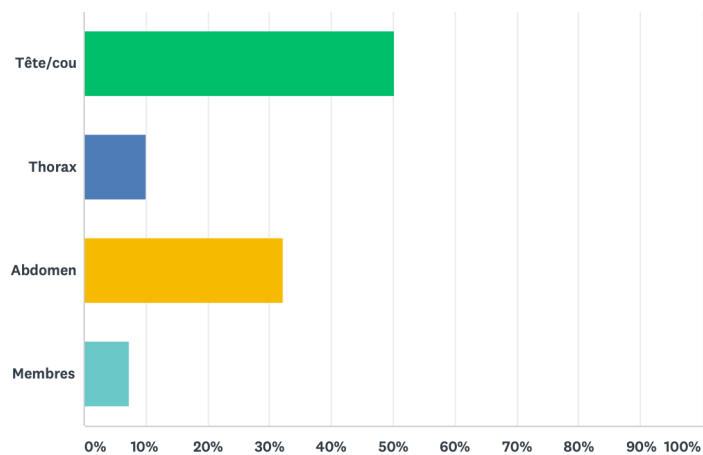


### 3) Connaissance du risque et de la prise en charge

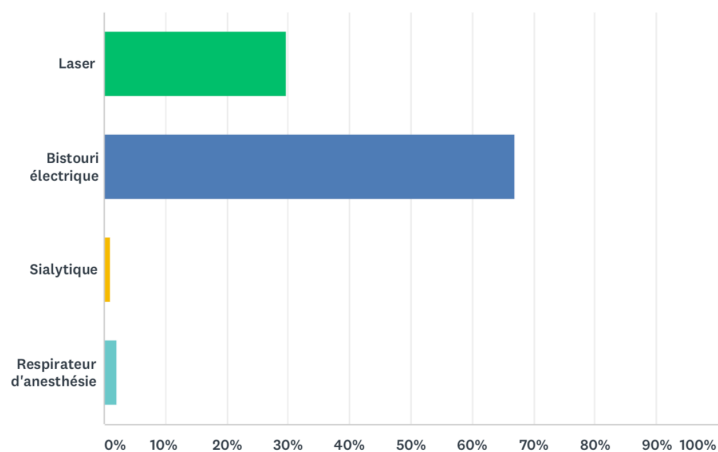
Dix pourcents des répondants ont été confronté à un départ de feu au bloc opératoire. Ce qui en fait une situation non exceptionnelle.

Pour autant, 10% des enquêtés ne pensaient pas que le patient opéré pouvait être la source d'un départ de feu. Seule la moitié avaient identifié la chirurgie « tête/cou » comme la situation la plus à risque (Figure 4) et 65% avait correctement indiqué que la principale source de départ de feu est l'utilisation du bistouri électrique (Figure 5).

**Figure 4 : Chirurgie la plus à risque pour un départ de feu au bloc opératoire ?**



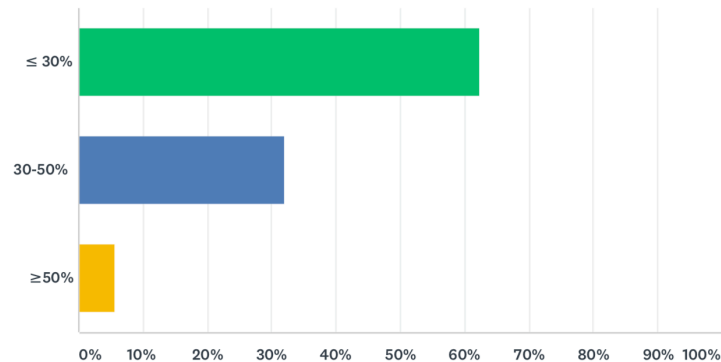
**Figure 5 : Principale source de départ de feu au bloc opératoire ?**



Sur la conduite à tenir en cas de départ de feu sur un patient au bloc, les connaissances sont parcellaires et souvent non conformes aux recommandations.

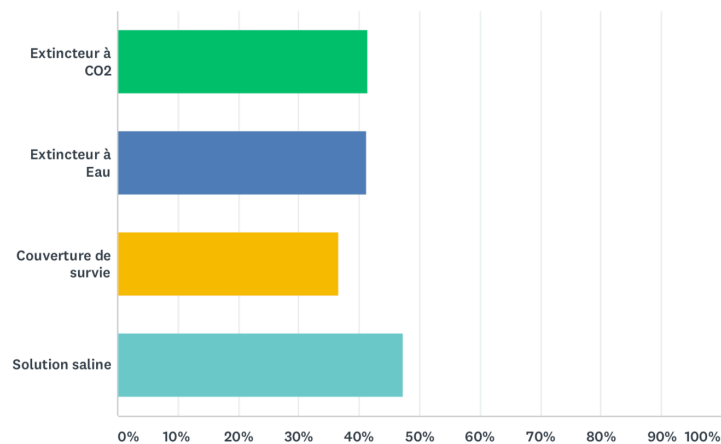
Si plus de 90% des répondants indiquaient qu'en situation de risque, il faut éviter un mélange O<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O et privilégier le mélange O<sub>2</sub>/Air, seuls 63% utiliseraient une fraction inspirée d'O<sub>2</sub> ≤ 30% (Figure 6).

**Figure 6 : Pourcentage d'O<sub>2</sub> à utiliser en cas de risque de départ de feu au bloc opératoire ?**



En cas de départ de feu sur un patient au bloc opératoire, les 2 moyens à utiliser pour juguler le feu à savoir l'extincteur à CO<sub>2</sub> ou la solution saline ont été cités par 41% et 47% des répondants, respectivement (Figure 7).

**Figure 7 : Les 2 moyens à utiliser en cas de risque de départ de feu sur un patient au bloc opératoire ?**

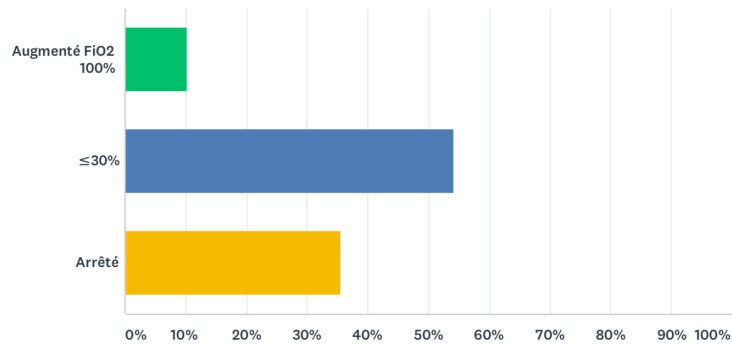


Pour les 2 cas concrets proposés dans l'enquête :

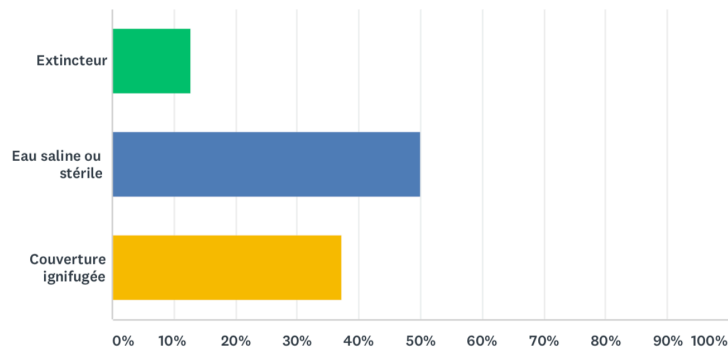
- un départ de feu à partir des voies aériennes chez un patient opéré d'une chirurgie ORL.
  - les réponses attendues à savoir le retrait de la sonde d'intubation et l'arrêt de l'O<sub>2</sub> (ventilation à l'air ambiant) ont été citées par seulement 28% et 42% des répondants, respectivement.
- un départ de feu à partir des champs opératoires lors d'une césarienne.
  - les réponses attendues à savoir l'arrêt de l'O<sub>2</sub>, le recours à l'eau saline ou stérile et le jet du matériel enflammé au sol et l'utilisation d'un extincteur étaient citées par 36%, 50% et 60% répondants, respectivement (Figure 8 A, B et C).

**Figure 8 : Conduite à tenir en cas de départ de feu à partir des champs opératoires lors d'une césarienne?**

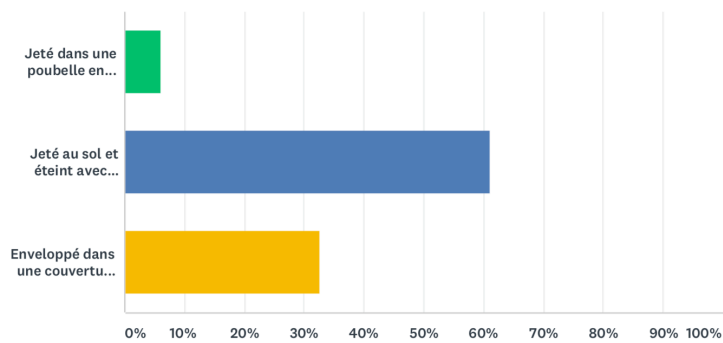
A. L'O<sub>2</sub> doit être ?



B. Doit être utilisé en 1<sup>ère</sup> intention ?



C. Le matériel enflammé doit être ?



#### **4) Existence d'un protocole ou d'une procédure de service**

L'enquête montre que les  $\frac{3}{4}$  des services (75%) ne possédaient pas de support écrit sur la conduite à tenir en cas de départ de feu au bloc opératoire.

## **En conclusion**

Cette enquête nationale a recueilli les réponses de près de 1000 professionnels de l'anesthésie. Elle indique qu'un départ de feu au bloc opératoire est une situation non exceptionnelle puisque 10% des répondants y ont déjà été confrontés. L'enquête pointe également un manque cruel de formation et des connaissances très parcellaires sur les situations à risque et les conduites à tenir. A titre d'exemple, les 2/3 des répondants n'ont jamais eu de formation « sécurité-incendie », la moitié ignorait que la chirurgie « tête/cou » est la chirurgie la plus à risque, seuls 63% utiliseraient une fraction inspirée d'O<sub>2</sub> ≤ 30% lorsqu'une situation à risque est identifiée, moins de la moitié arrêterait l'O<sub>2</sub> et près de 40% auraient recours à une couverture de survie pour éteindre un départ de feu sur un patient au lieu de la solution saline. Enfin, les protocoles de service sont marginaux puisque les ¾ des services n'en disposent pas. La marge de progression pour améliorer les connaissances et les compétences des professionnels est donc importante. La récente mise à disposition par la SFAR d'une aide cognitive intitulée « Feu patient au bloc opératoire » (<https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/11/AC-Feu-patient-CAMR-octobre-2018.pdf>) est un outil qui permettra d'aller dans ce sens. Cette aide cognitive devra être inclus dans une démarche plus large de formation, d'amélioration des connaissances et de mise en place de protocoles de service.