

# TABLE RONDE ARRÊT DE PROCÉDURE

**L'arrêt de procédure** : est l'arrêt d'une intervention chirurgicale au bloc opératoire **après l'incision.**

C'est la suite logique de notre travail sur le **NO GO** défini par l'arrêt de l'acte chirurgical au bloc opératoire **avant l'incision.**

Orthorisq Paris le 12 novembre 2018

**ERIC BENFRECH  
COGNAC**



# SUITE LOGIQUE APRÈS LE NO GO



- Le NO GO a été reconnu par la HAS comme une procédure de récupération et de qualité pour préserver la sécurité du patient.

- Nous avons rédigé avec la HAS et 10 autres OA (Organismes d'accréditation) une SSP 3 (solution pour la sécurité des patients) sur le NO GO.



- Le NO GO a été un concept novateur et original (jamais publié) que nous avons présenté à l'Académie de Chirurgie (*E. Benfrech, C. Lecoq, L. Zabec, PH. Tracol, H. Coudane, Orthorisq -mémoire de l'ANC, 2016,15(1): 065-069*) puis publié dans l'OTSR (*Coudane H, Benfrech E, Lecoq C, Zabec L, Tracol P, Danan JL, Lighezzolo Alnot J, Orthorisq, OTSR. 2018, jun; 104(4): 519-522*)



Orthorisq Paris le 12 novembre 2018



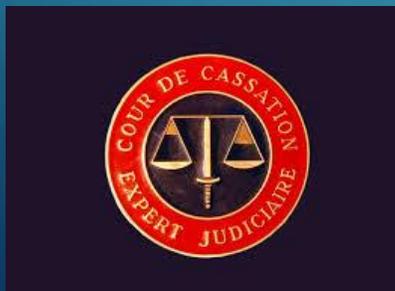
# L'ARRET DE PROCÉDURE

- Peut être la conséquence d'un NO GO non déclenché mais aussi dû à d'autres causes
- Sa gravité plus importante que le NO GO
- Ce n'est plus une procédure de récupération
- C'est un constat d'échec ou d'une situation d'une telle gravité que l'intervention doit être stoppée



# L'ARRET DE PROCÉDURE

- Vous avez déclaré de nombreux EIAS qui ont été analysés par J. Tabutin qui les présentera
- Maroussia Galpérine donnera le point de vue de l'avocate
- Henry Coudane donnera le point de vue de l'expert judiciaire



Orthorisq Paris le 12 novembre 2018



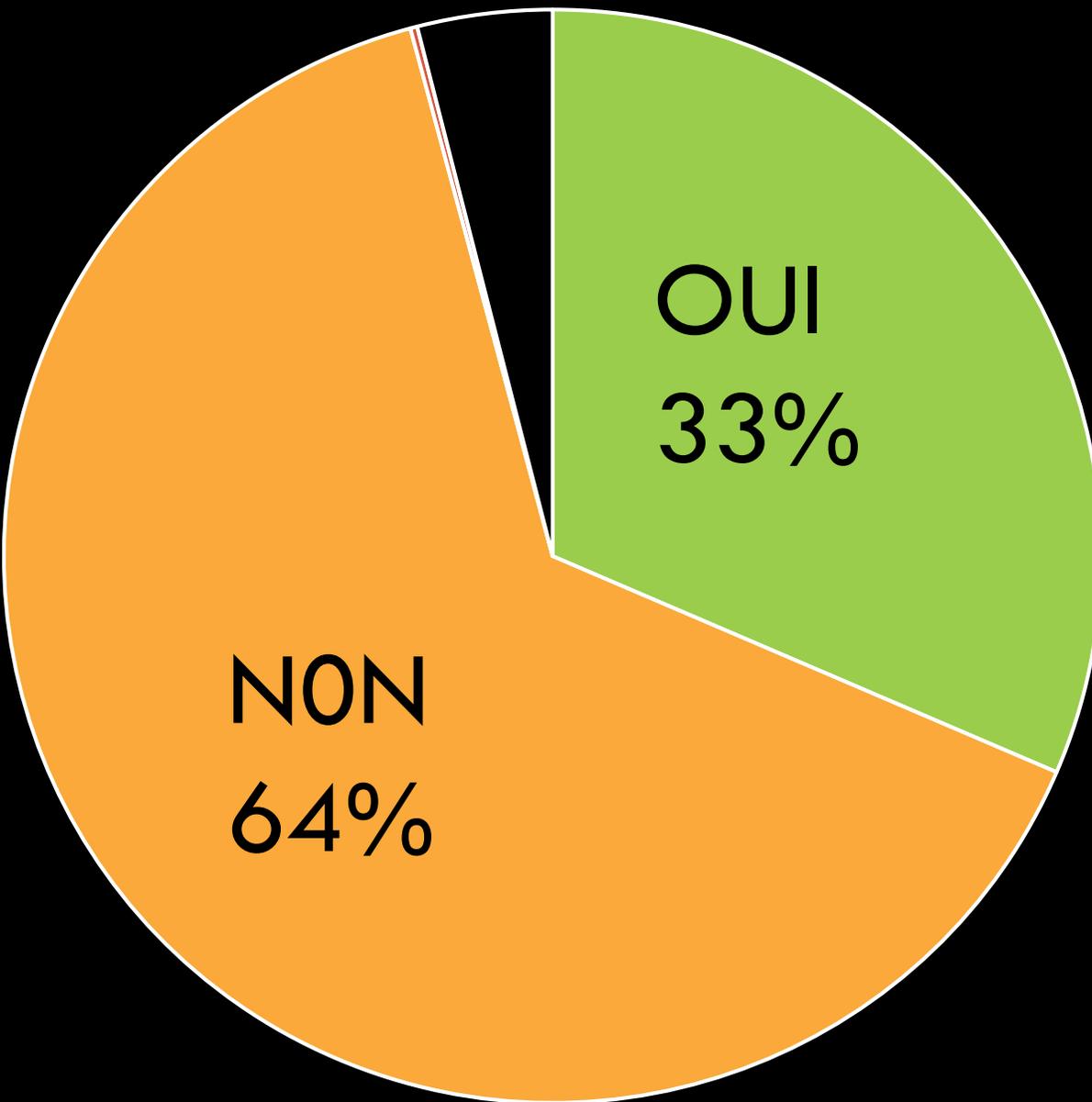
# QUESTIONNAIRE ARRET DE PROCÉDURE APRÈS INCISION



**982 RÉPONSES (JR WERTHER)  
SUR 1800 ADHÉRENTS**



Orthorisq Paris le 12 novembre 2018

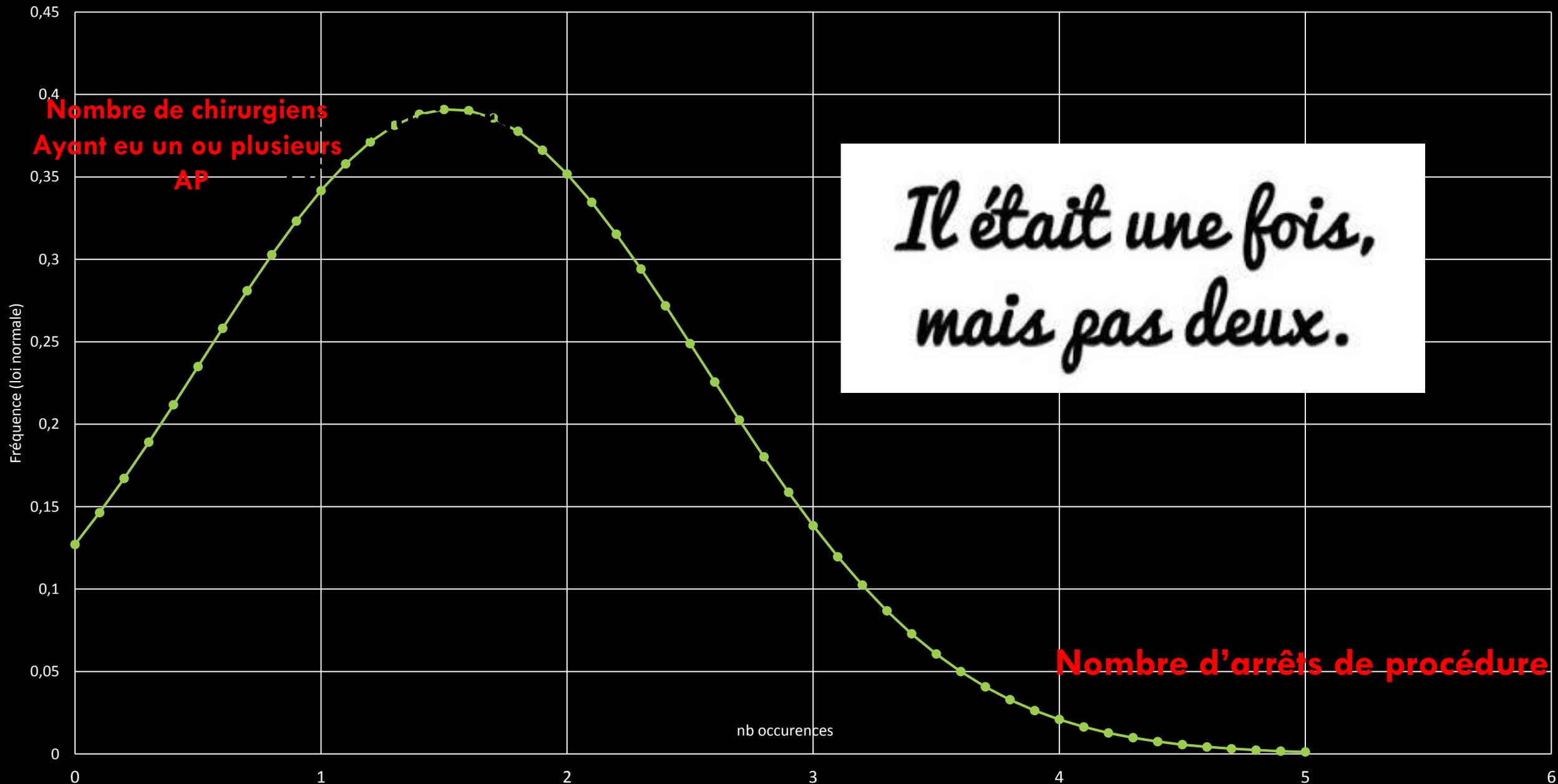


**Avez-vous déjà stoppé  
une procédure en cours  
après incision?**

**OUI**

**NON**

# Combien de fois avez-vous été confronté à cette situation à votre souvenir ?

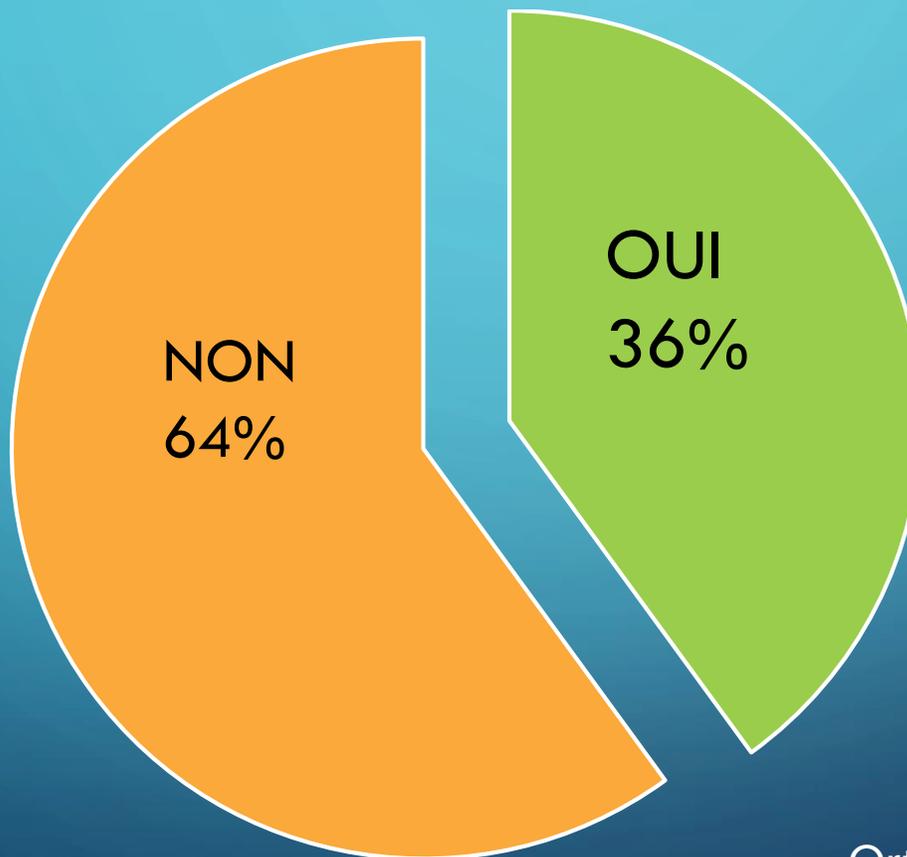


Nombre de chirurgiens  
Ayant eu un ou plusieurs  
AP

*Il était une fois,  
mais pas deux.*

Nombre d'arrêts de procédure

# PRÉCISEZ-VOUS CLAIREMENT DANS VOTRE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À SIGNER QU'UNE INTERRUPTION DE LA PROCÉDURE CHIRURGICALE, UNE FOIS L'INCISION RÉALISÉE PEUT SURVENIR À TOUT MOMENT ?

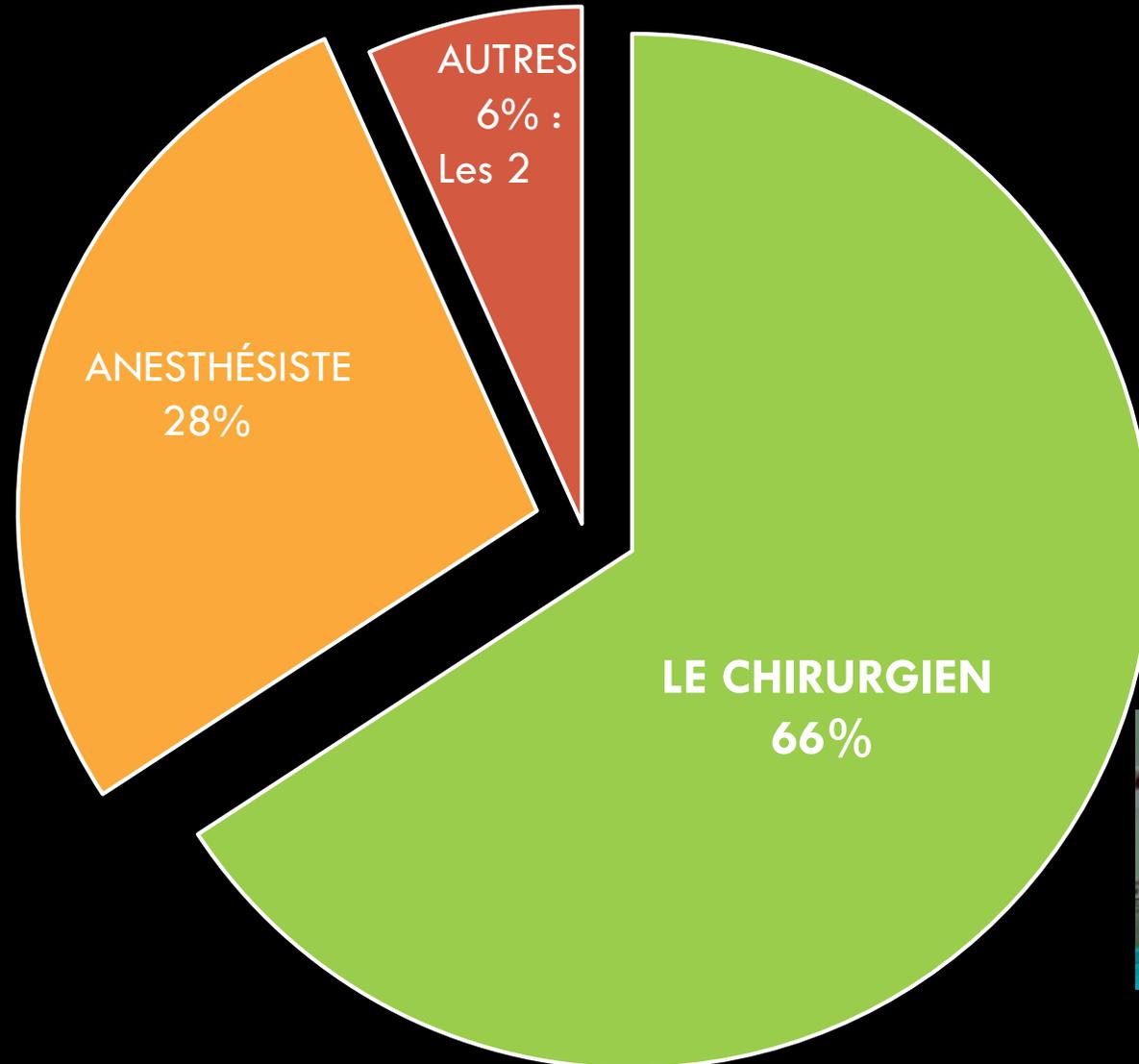


**Maximum de 2009 à 2014**

**En quelle année s'est produit cet événement ?**

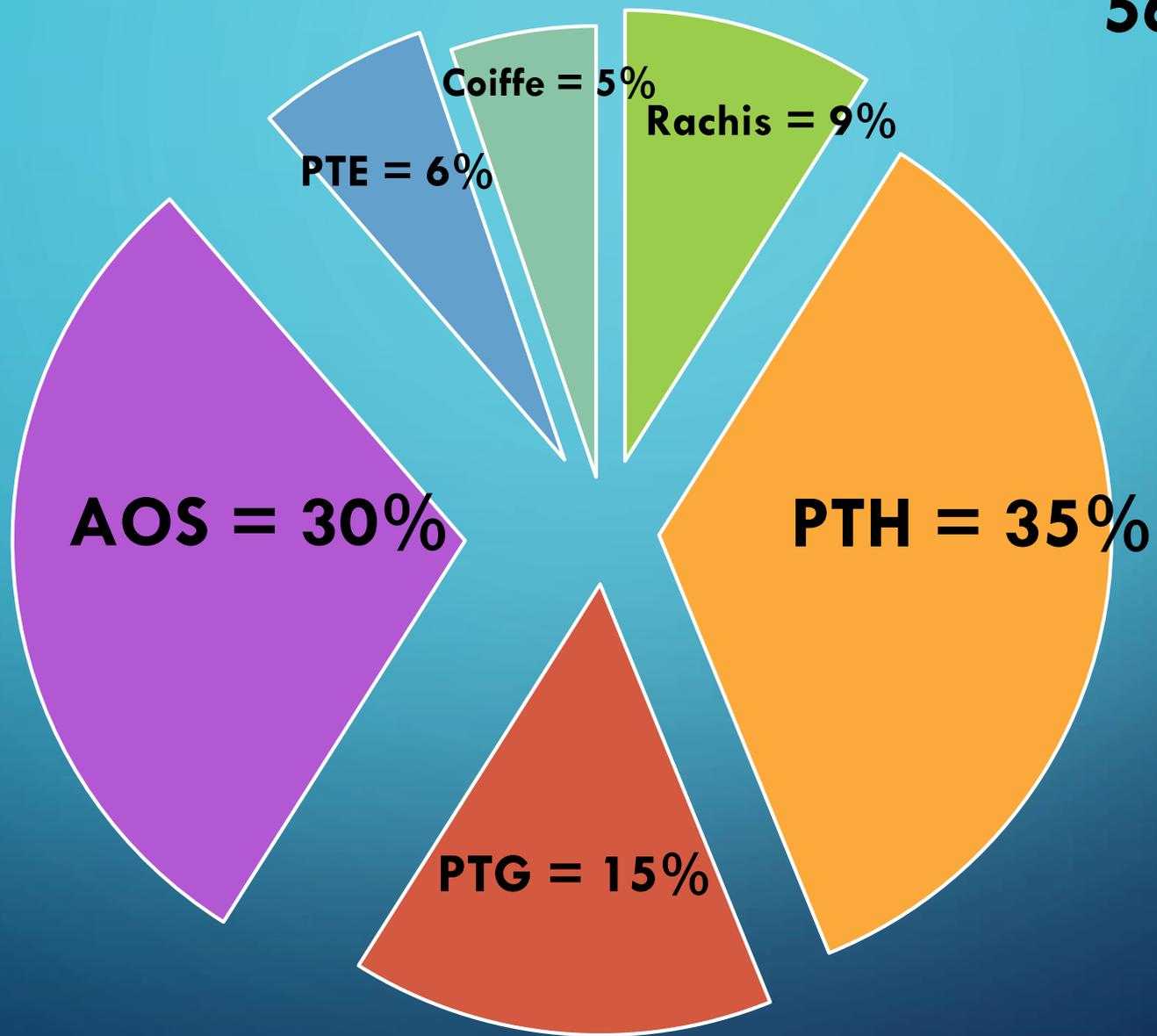


# Qui a pris la décision de stopper la procédure en cours?



# PATHOLOGIE CONCERNÉE

## 56% de prothèses



■ RACHIS ■ PTH ■ PTG ■ AOS ■ PTE ■ COIFFE

# Pour quelle raison la procédure opératoire a-t-elle été stoppée ?



**Causes médicales  
spécifiques**  
24%.  
(décès- choc ciment-  
Hémorragies)

**matériel ou  
Stérilisation**  
33%

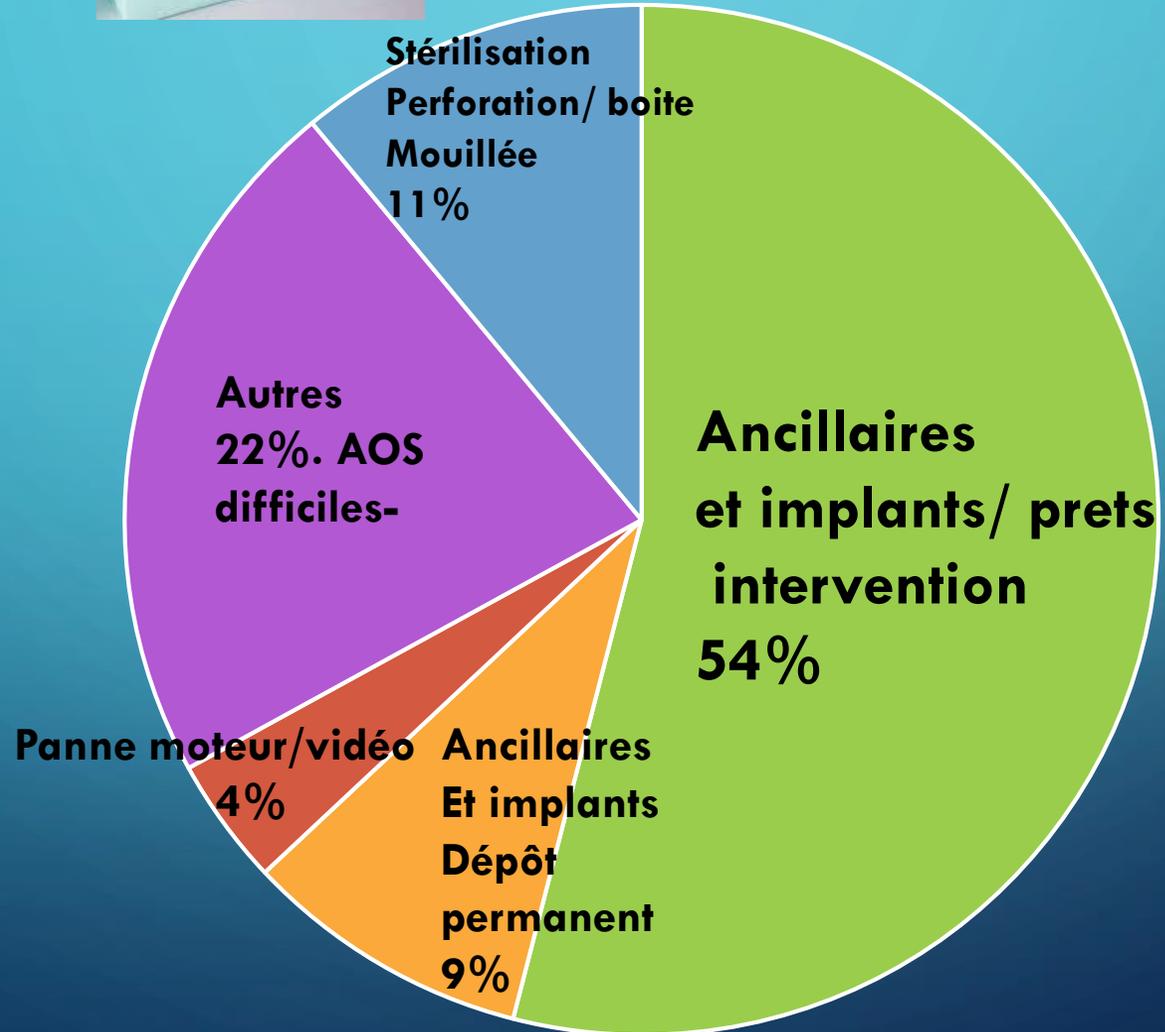


**DÉCOUVERTE  
INATTENDUE  
INFECTION**  
16%

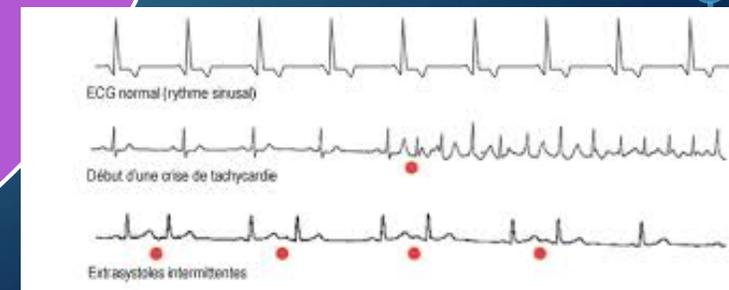
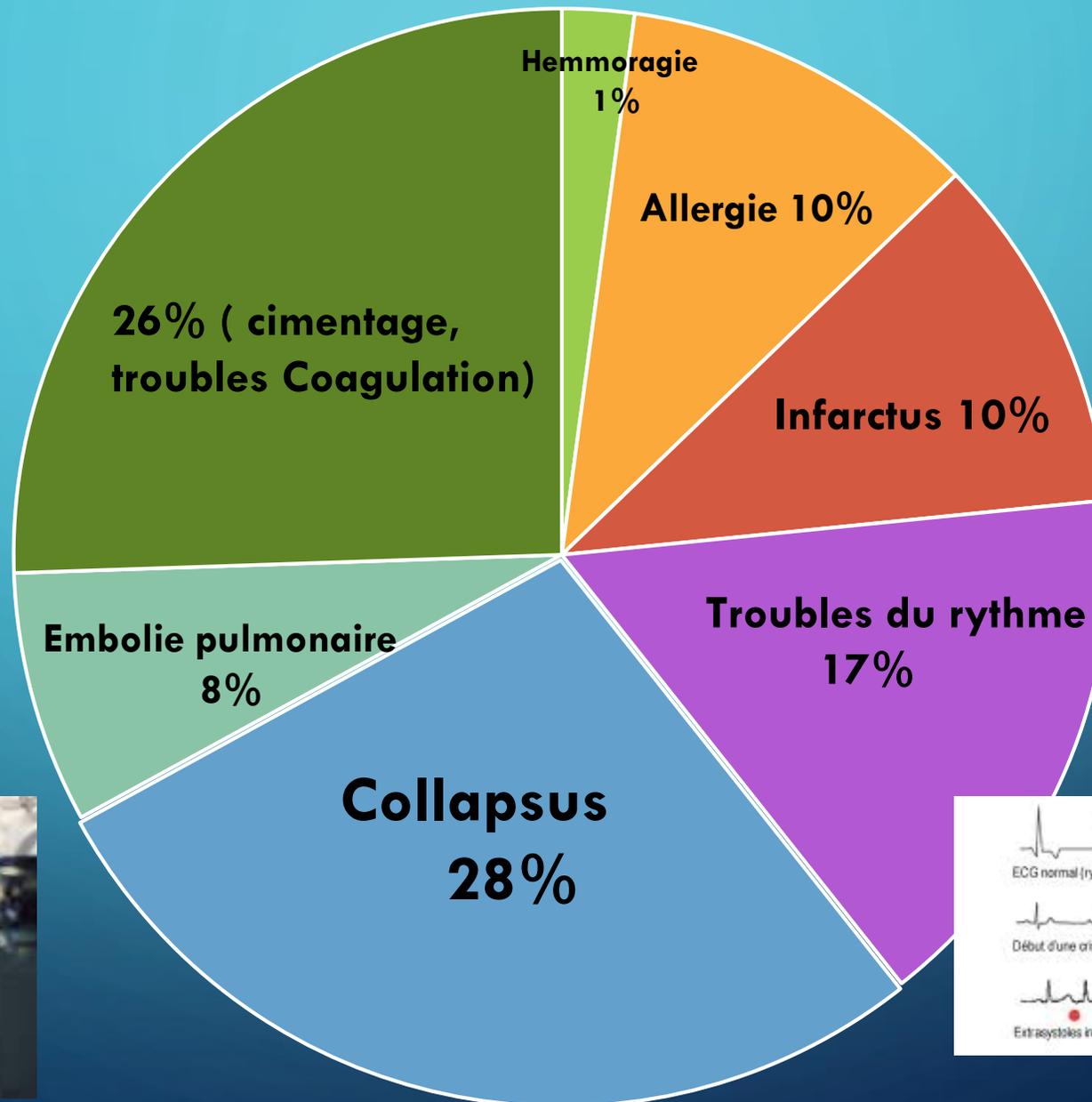
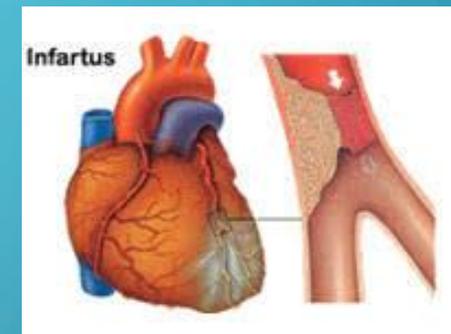
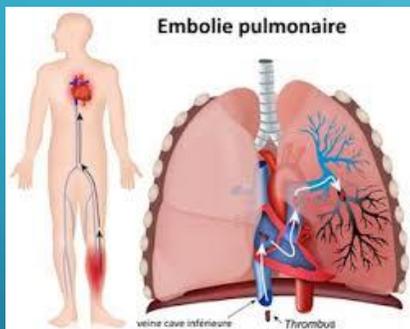
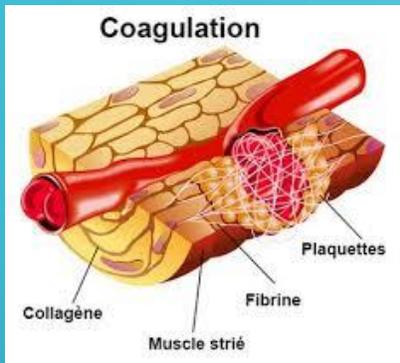
**CAUSES MÉDICALES  
non spécifiques**  
27%



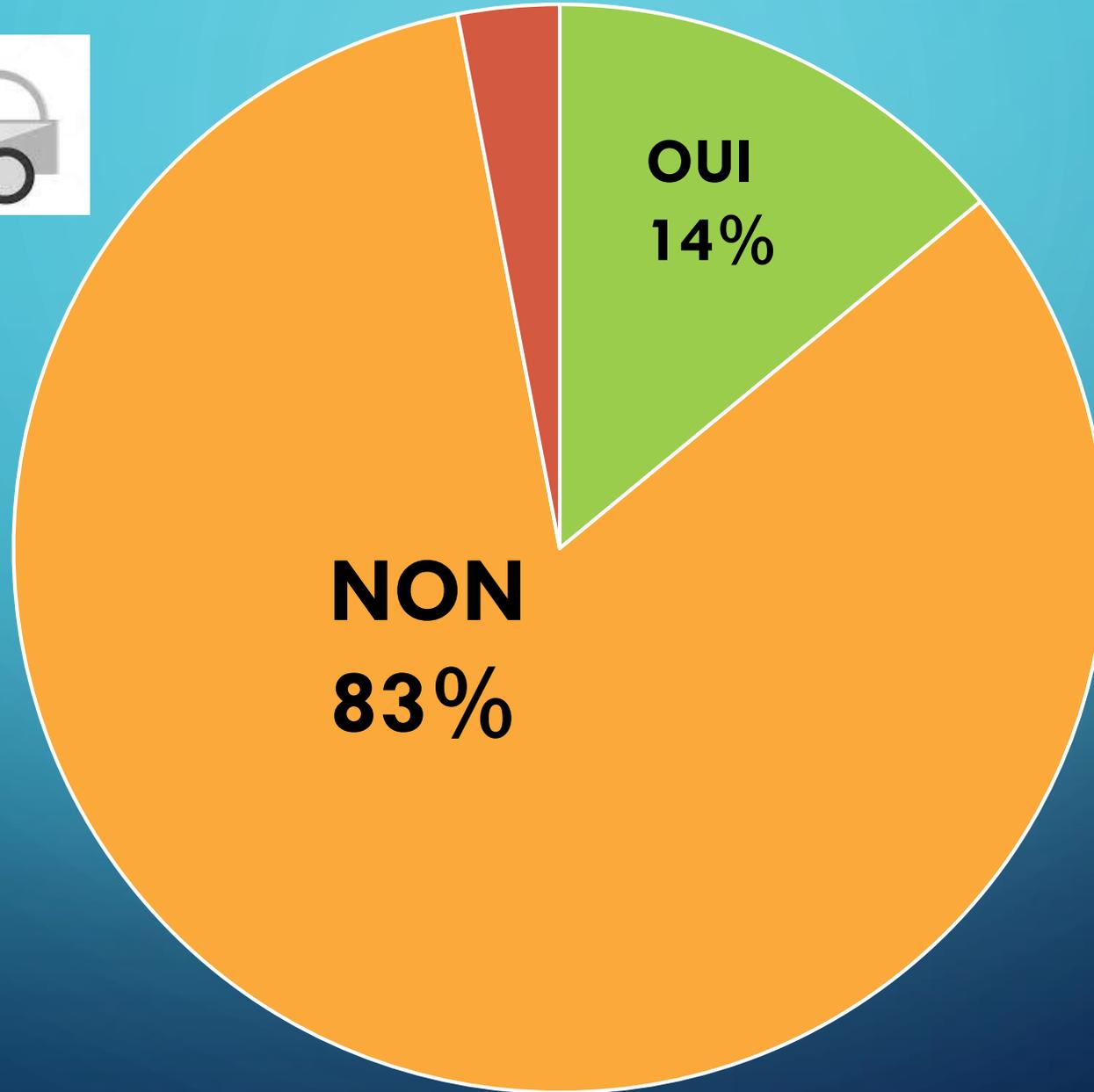
# Causes Matérielles détaillées



# Résultats détaillés : causes médicales

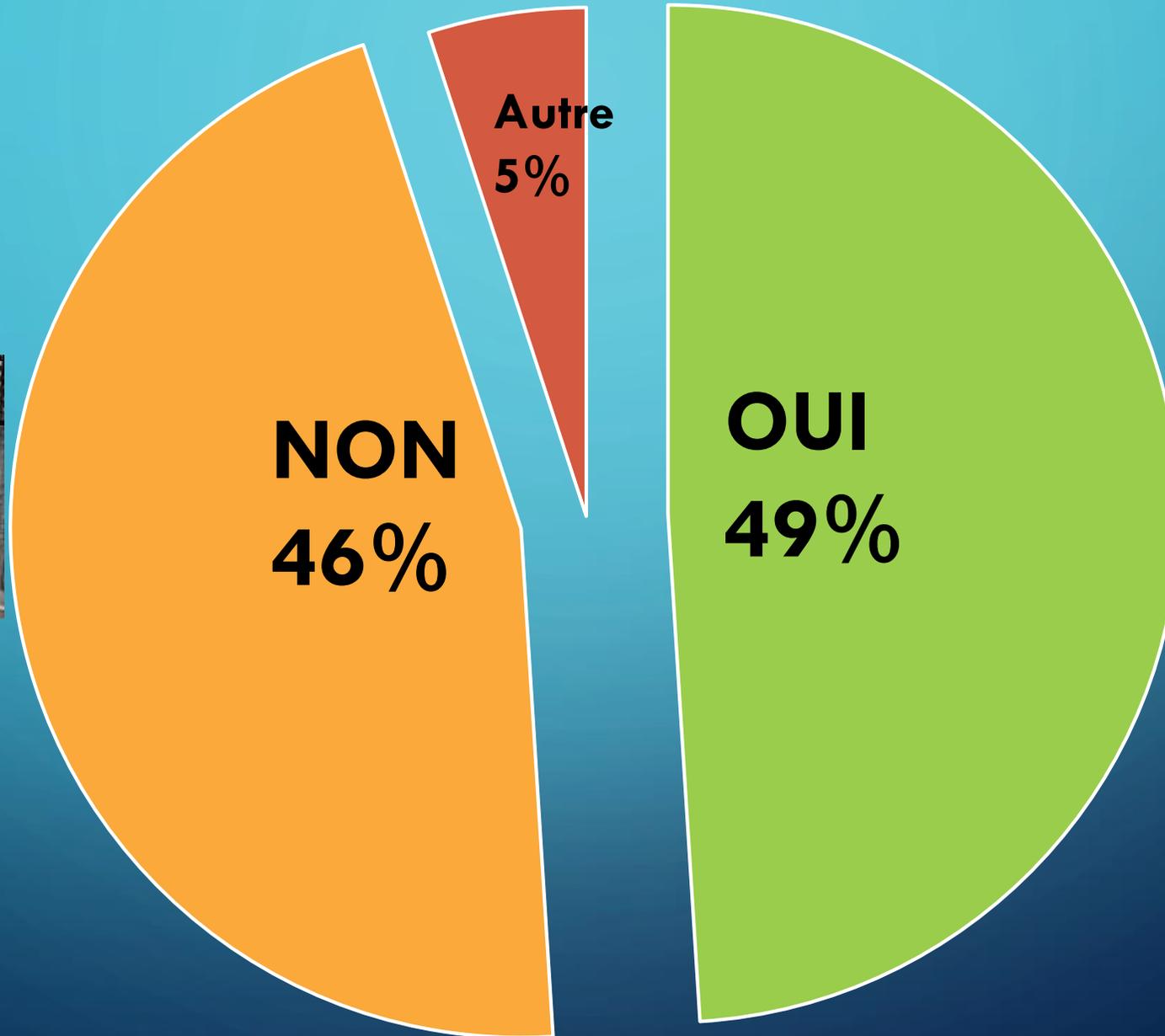


# Avez vous transféré le patient vers une autre structure de soins ?

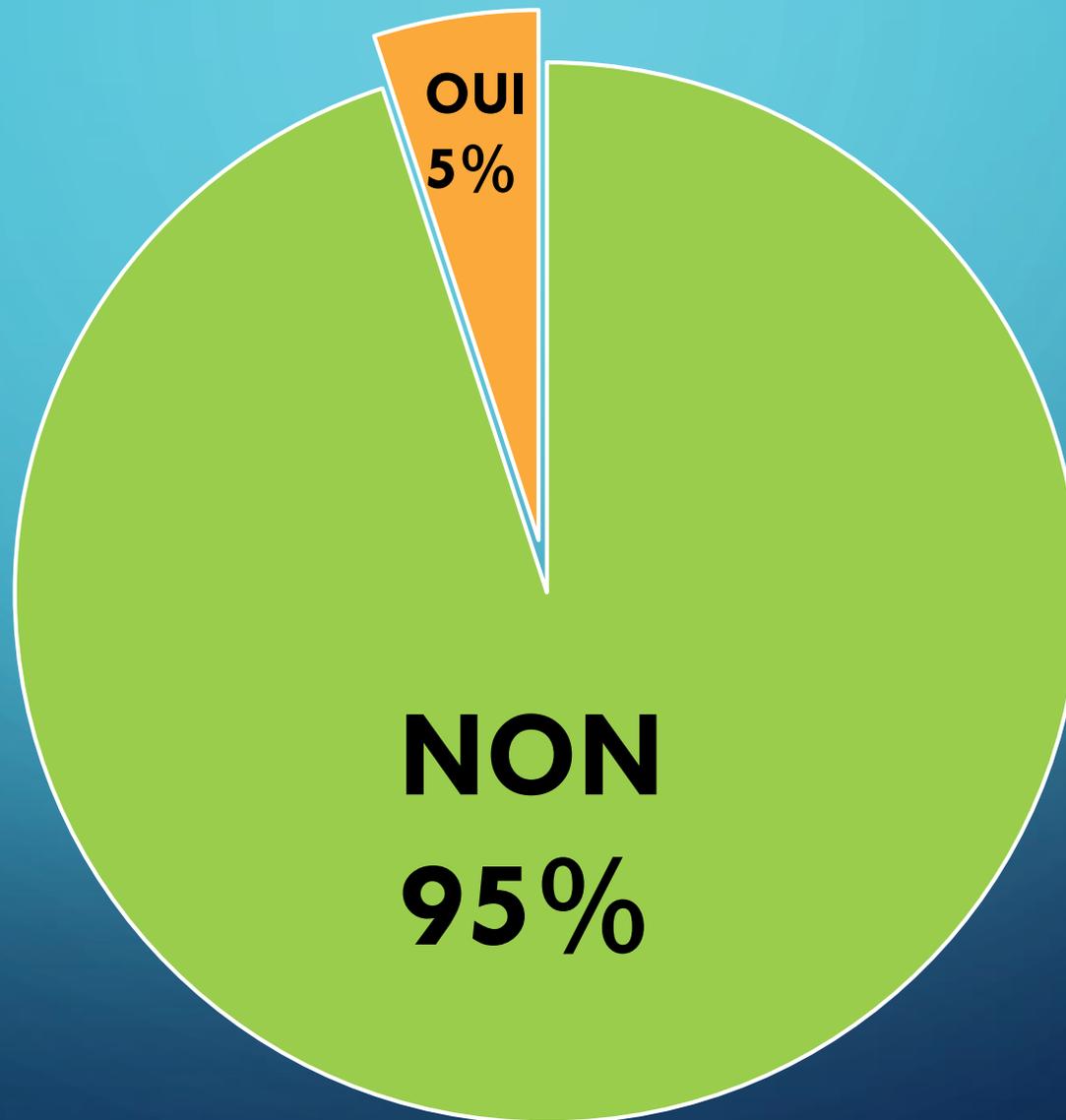




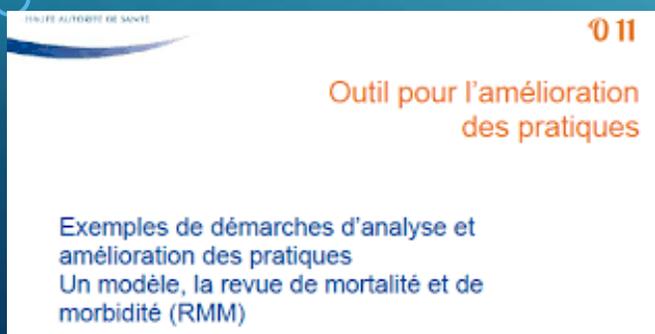
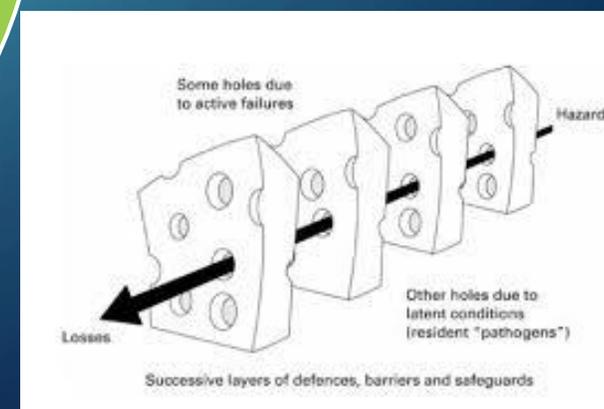
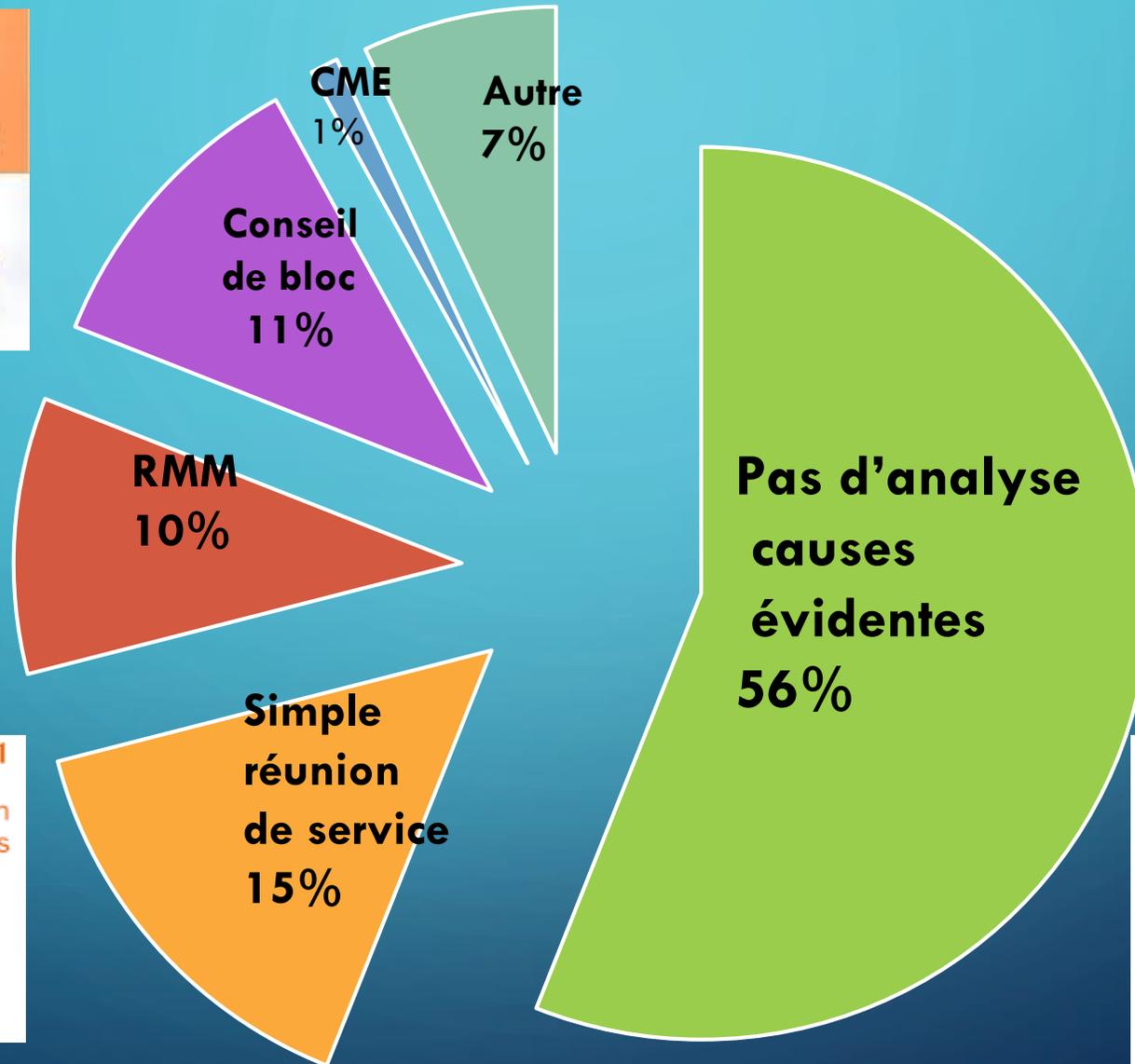
# L'intervention stoppée a-t-elle été reprogrammée ?



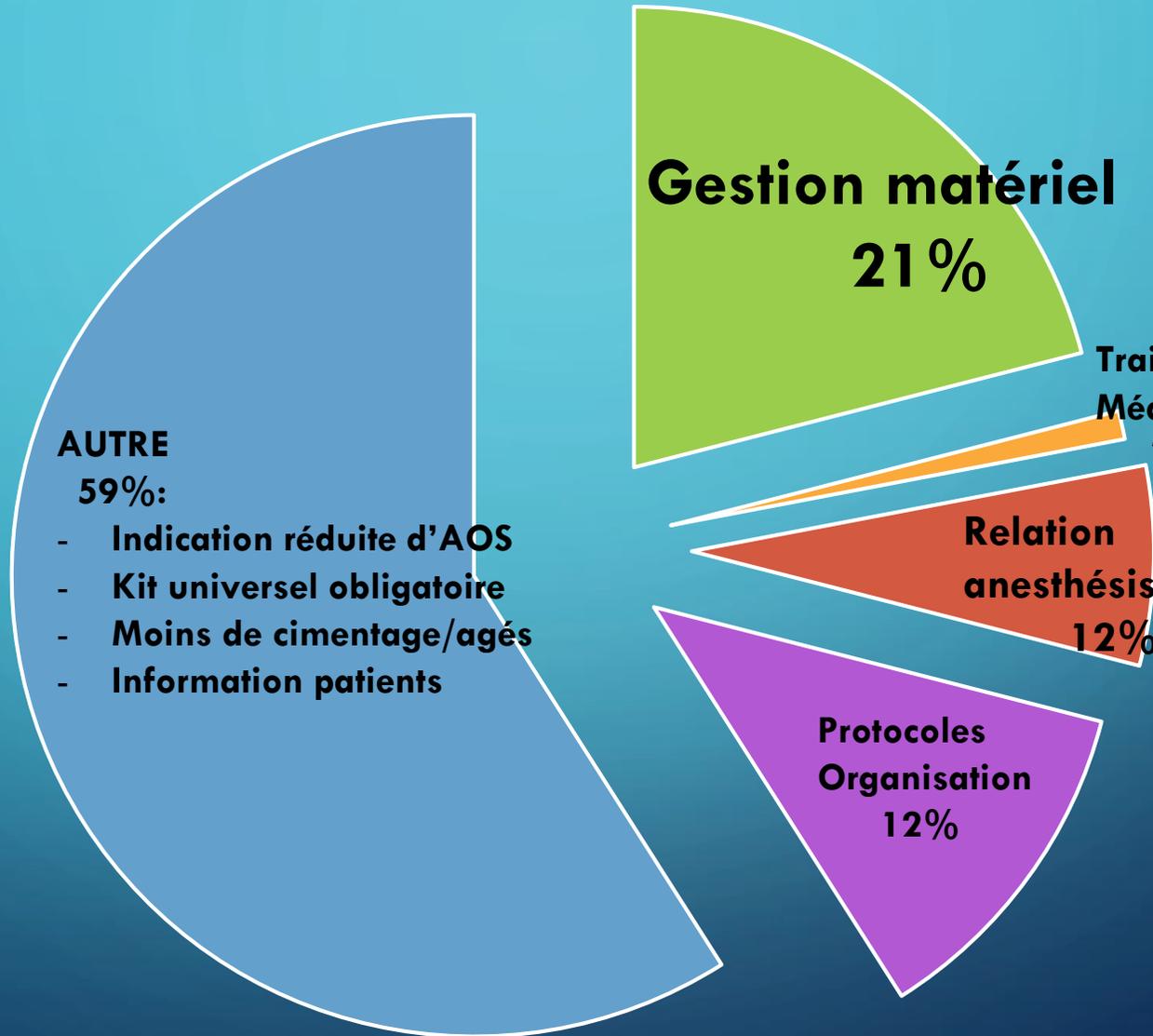
# Y a-t-il eu des complications post opératoires liées à la ré-intervention?



# De quelle manière cet EIG a-t-il été analysé?

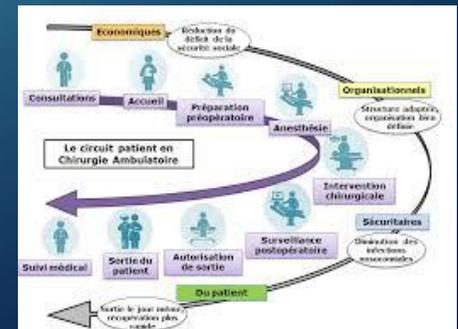


# Quelles actions de correction avez-vous prises?

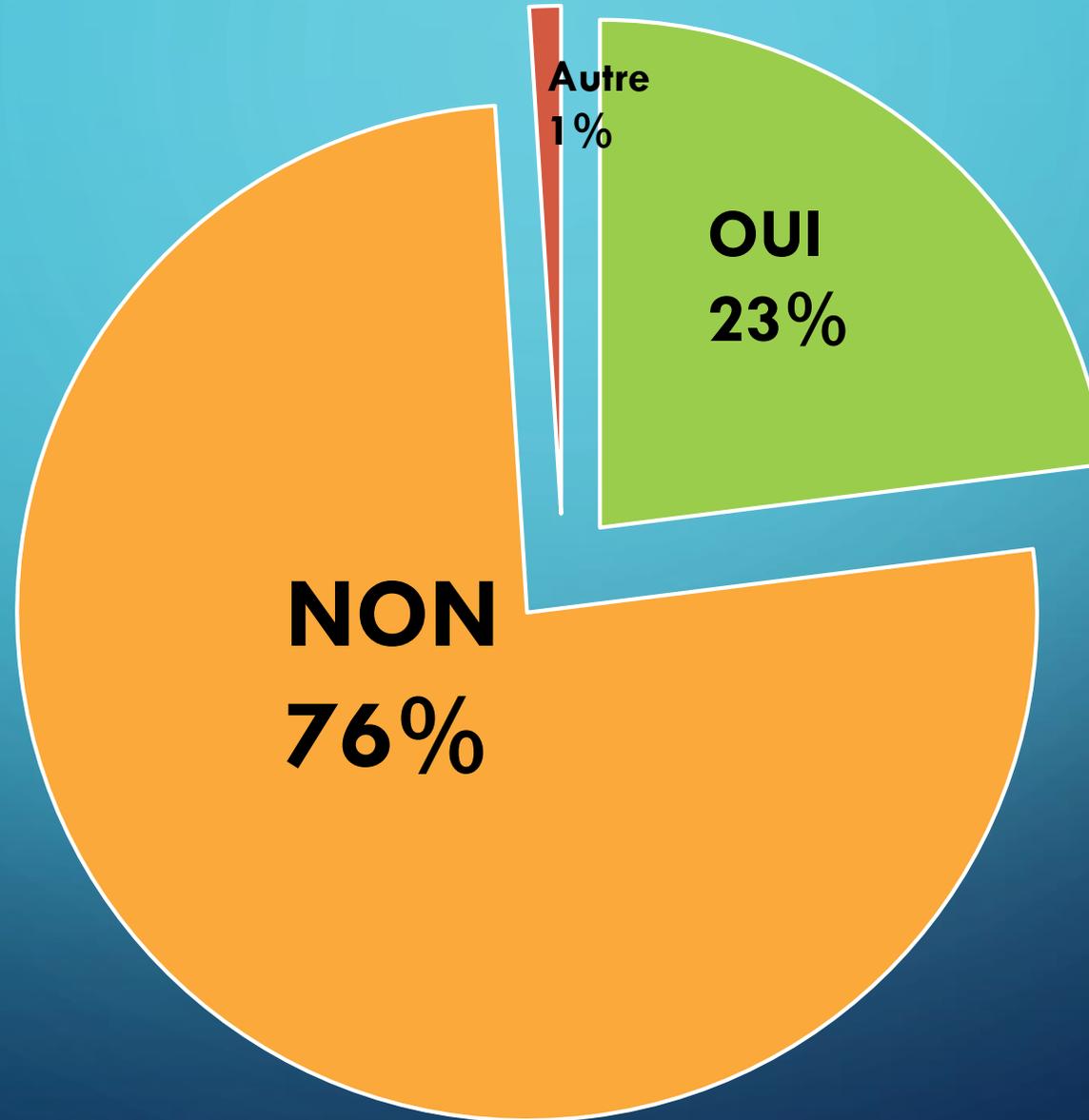


**AUTRE**  
59%:

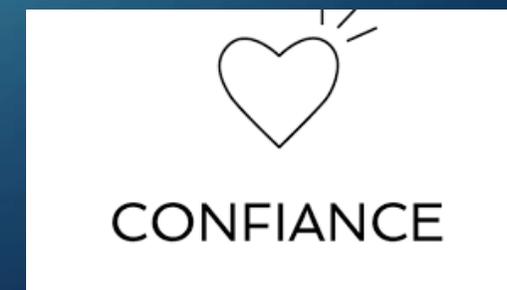
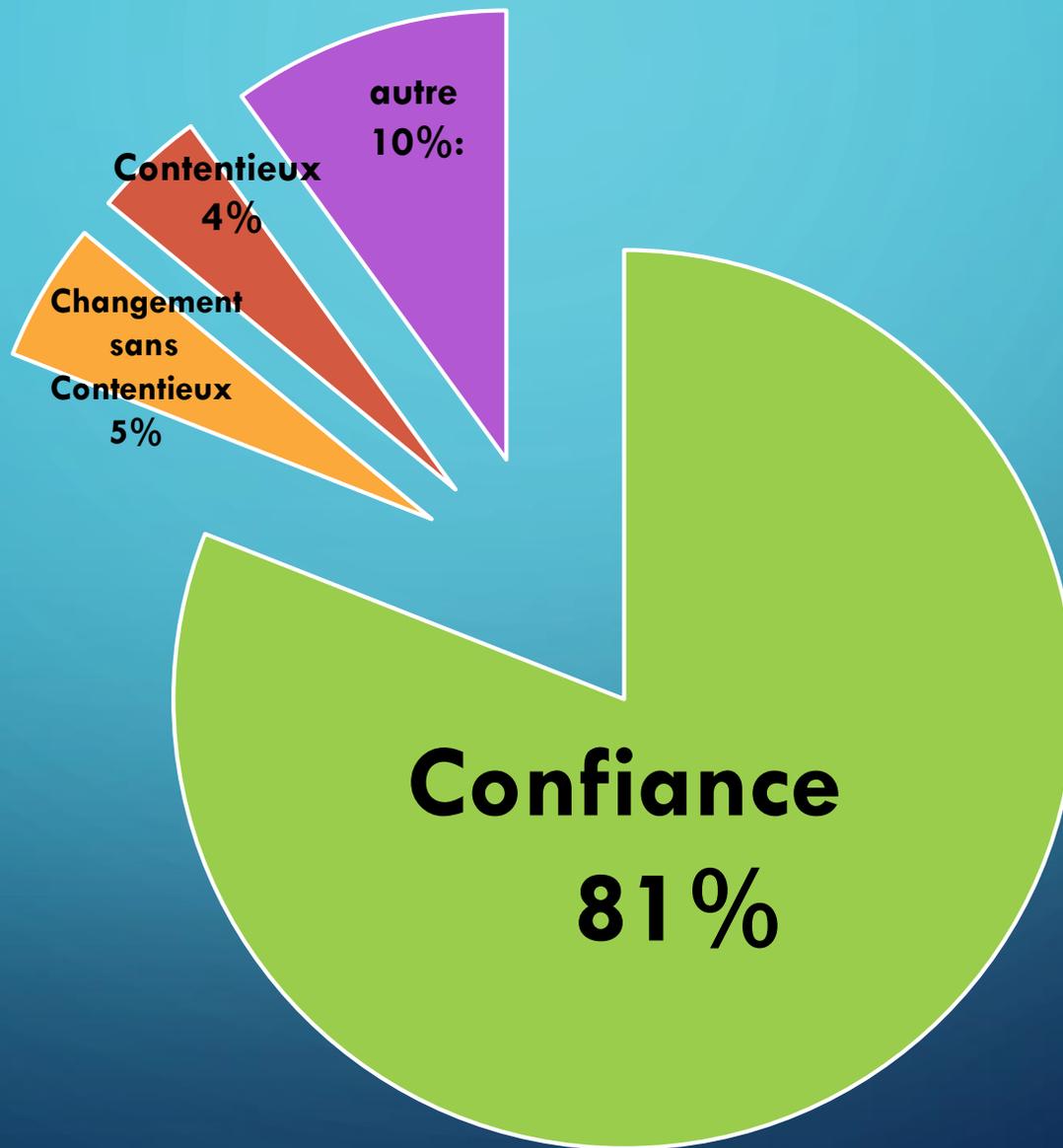
- Indication réduite d'AOS
- Kit universel obligatoire
- Moins de cimentage/agés
- Information patients



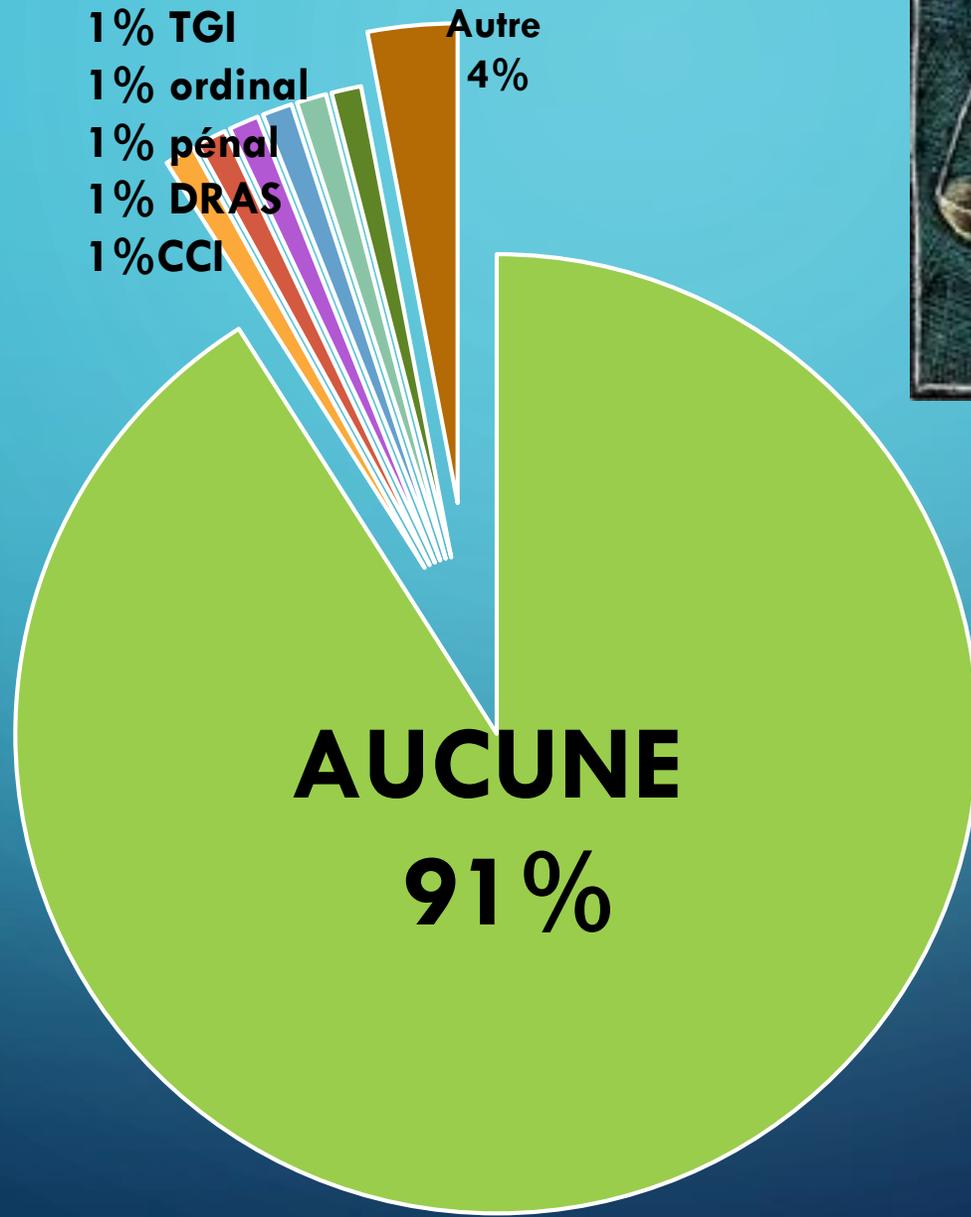
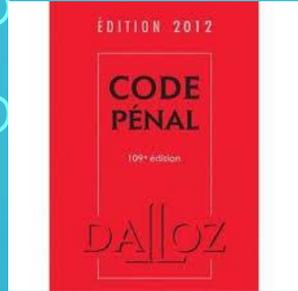
# Avez-vous changé votre protocole d'information pré opératoire du patient en intégrant cette possibilité ?



# Comment a réagi votre patient ou sa famille à l'annonce de cet accident?



# Quelle a été l'attitude du patient sur le plan médico-légal ?



# CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

## L'arrêt de procédure résulte

- d'une **complication médicale grave** (voir d'un décès) dans plus de **51%** des cas
- d'une difficulté en rapport **avec le matériel** utilisé dans **33%** des cas
- de la découverte opératoire d'une **infection** dans **16%** des cas

Orthorisq Paris le 12 novembre 2018

# CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

- C'est une situation grave différente de celle engendrée par le NO GO et peut parfois être évitée si le NO GO est déclenché à temps.
- Nous devons agir sur le matériel par une meilleure gestion des problèmes qu'il peut engendrer.
- Nous avons que peu d'action sur les causes médicales, si ce n'est d'exiger un bilan pré opératoire très complet (cardio.., pneumo.., etc..) et peut être parfois de récuser les patients trop fragiles.

# **ARRET DE PROCEDURE**

## **ANALYSE DES DECLARATIONS D'EIAS**

**J.TABUTIN**

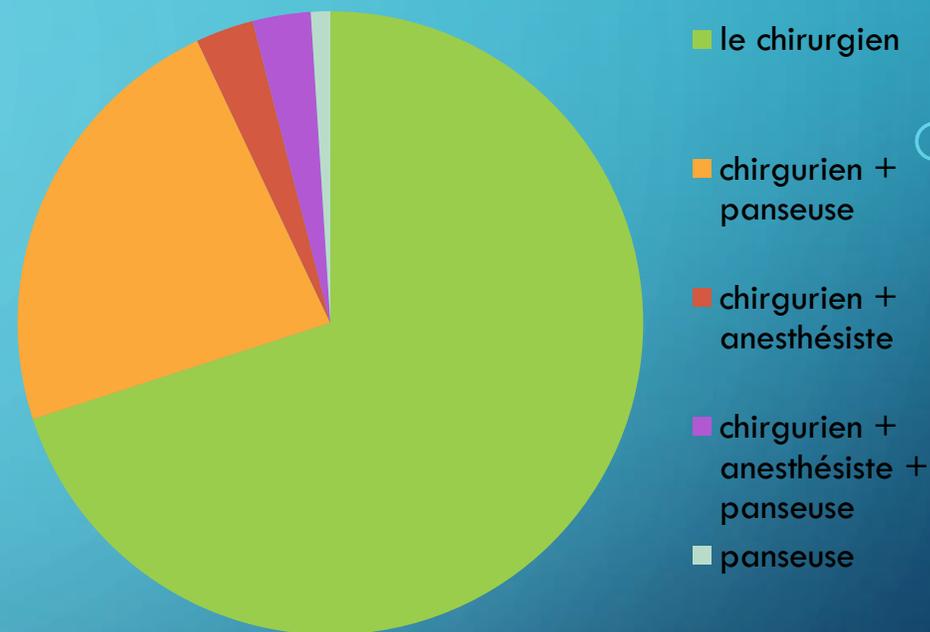
**CANNES**



# 100 déclarations en 2017 – 2018

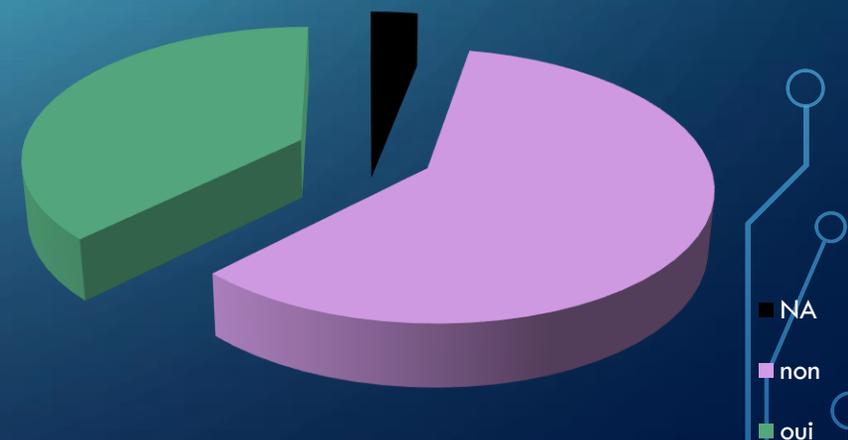
## Décision d'arrêt prise par

- **le chirurgien** 70
- **chirurgien + panseuse** 23
- **chirurgien + anesthésiste** 3
- **chirurgien + anesthésiste + panseuse** 3
- **panseuse** 1



## Matériel en prêt

- **NA** 3 (ampli, AVK, erreur diagnostic)
- **Non** 57
- **Oui** 36 **le prêt ne supprime pas les problèmes**



## Problèmes liés au matériel 76

42 avec les vis :

- 27 problèmes de compatibilité d'empreinte
- 4 vis verrouillées bloquées
- 4 têtes cassées
- 7 empreintes foirées

⇒ 37 fois le problème aurait pu être résolu avec le kit ( 10 fois acquisition programmée)

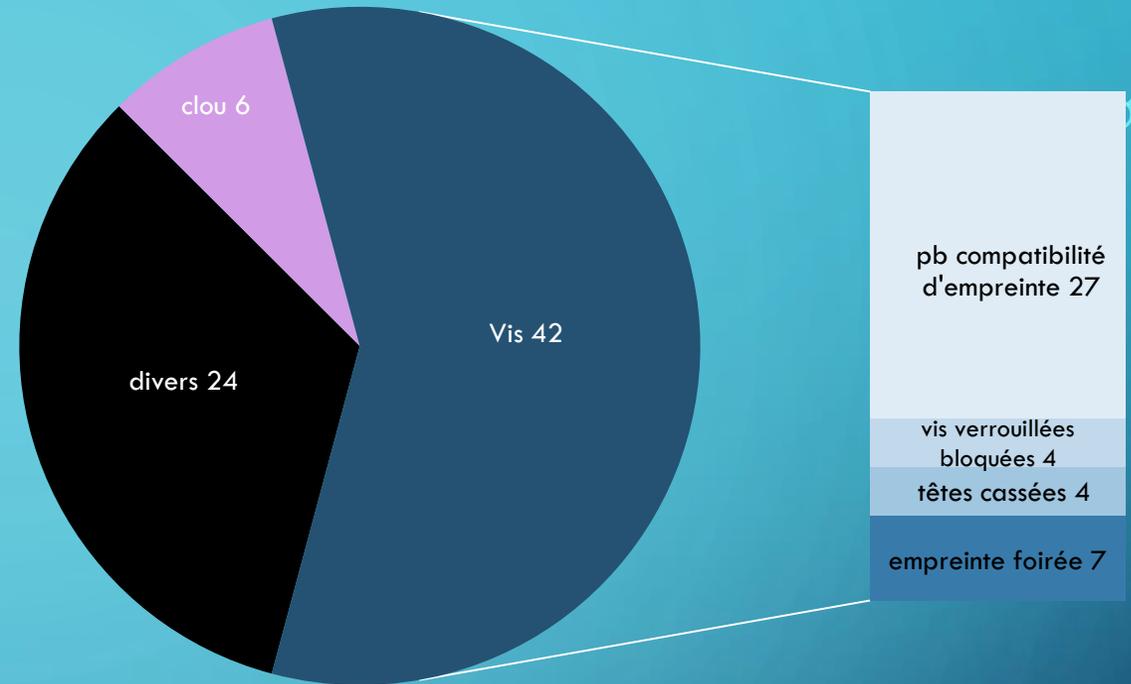
- 6 avec un clou
- 24 divers

problème de compatibilité (ex. extracteur)

cône morse, guide de coupe, insert PE, lame de scie...

## Problèmes de stérilisation 9

dont 3 emballages perforés



## 3 problèmes médicaux

■ AVK arrêt tardif

■ fréquence du pacemaker

■ hémorragie sur métastase

★ Pas d'allergie

★ Pas de problème infectieux

## 12 causes diverses

■ 2 pannes d'ampli

■ 1 panne de courant (général + secours)

■ 1 panne de climatisation

■ 3 pannes shaver / moteur / VAPR

■ 3 problèmes d'indication (sous-estimation, erreur Dg, tendon)

■ 1 agitation

■ 1 inondation

## **Anesthésie : loco-régionale**

- 20%

## **3 transferts immédiats**

- 2 en soins  
intensifs
- 1 en cardio

## **Check list**

- toujours faite
- 15 %  
imparfaite

## Réalisation de l'intervention

- 37 - en deux temps - (0 à 90 jours - moyenne 15)
- 19 - allongée - sans conséquence clinique
- 14 - reprogrammée - (1 à 90 jours)
- 13 - partielle - ex. AMO malléole interne pas externe
- 9 - non réalisée
- 7 - reportée - 5 fois annulée : le patient ne revient pas
- 1 - non renseigné

## Réintervention

sans problème

sauf 1 SPE temporaire



## Conséquences (estimation du chirurgien)

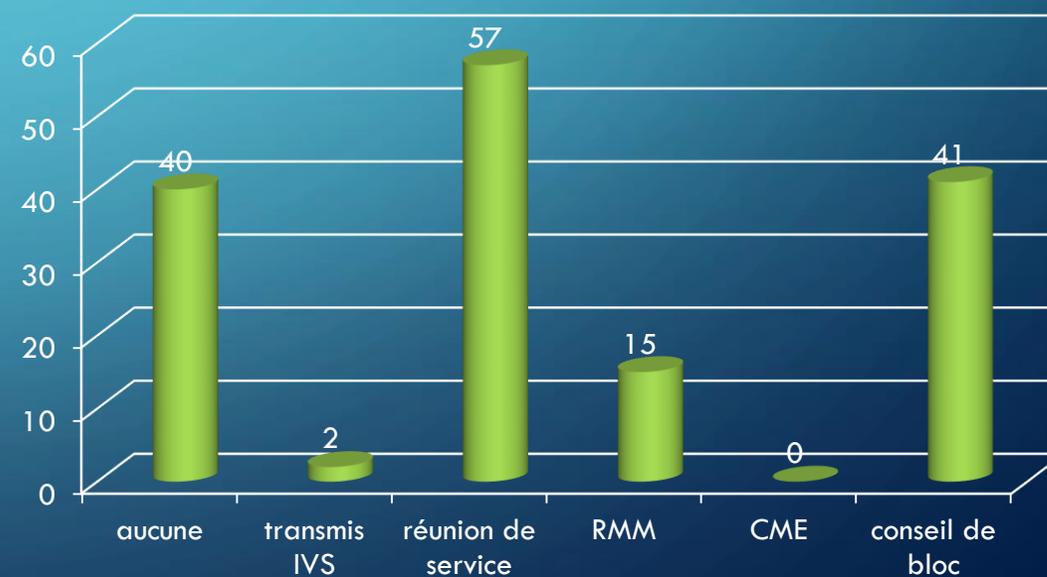
- 46 niveau 1 : désagrément
- 38 niveau 2 : impacte le patient
- 11 niveau 3 : prise en charge spécifique
- 4 niveau 4 : EIAS prépondérant
- 0 niveau 5: conséquences irréversibles
- 1 non renseigné

**moyenne : 1,7**



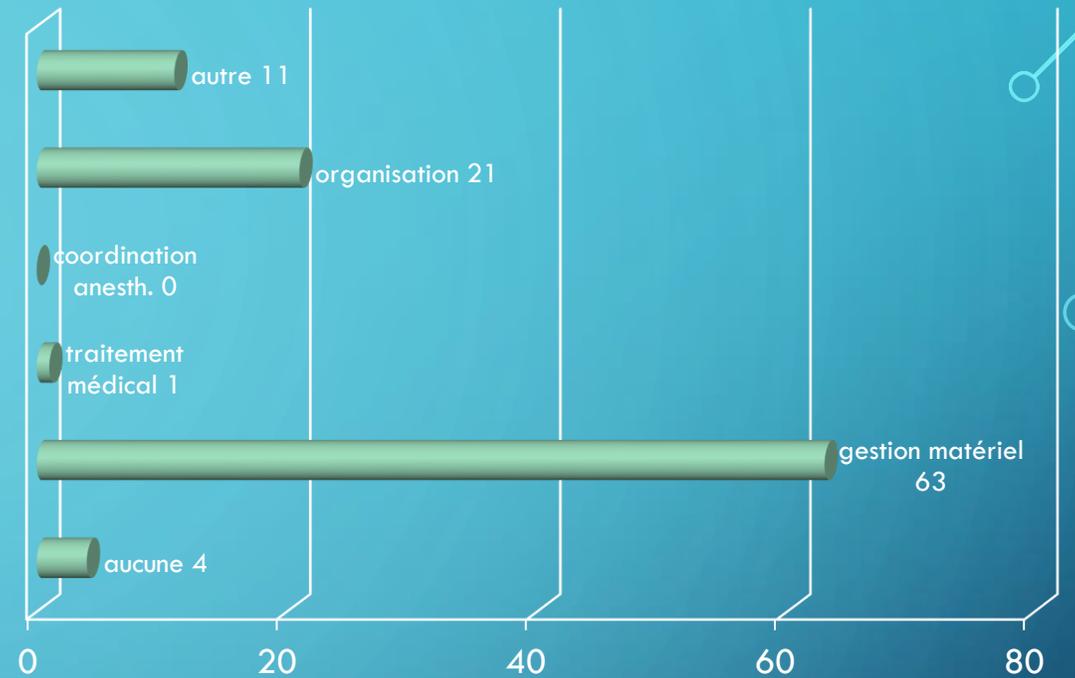
## Analyse de l'EIAS

- aucune 40
- transmis IVS 2
- réunion de service 57
- RMM 15
- CME 0
- conseil de bloc 41



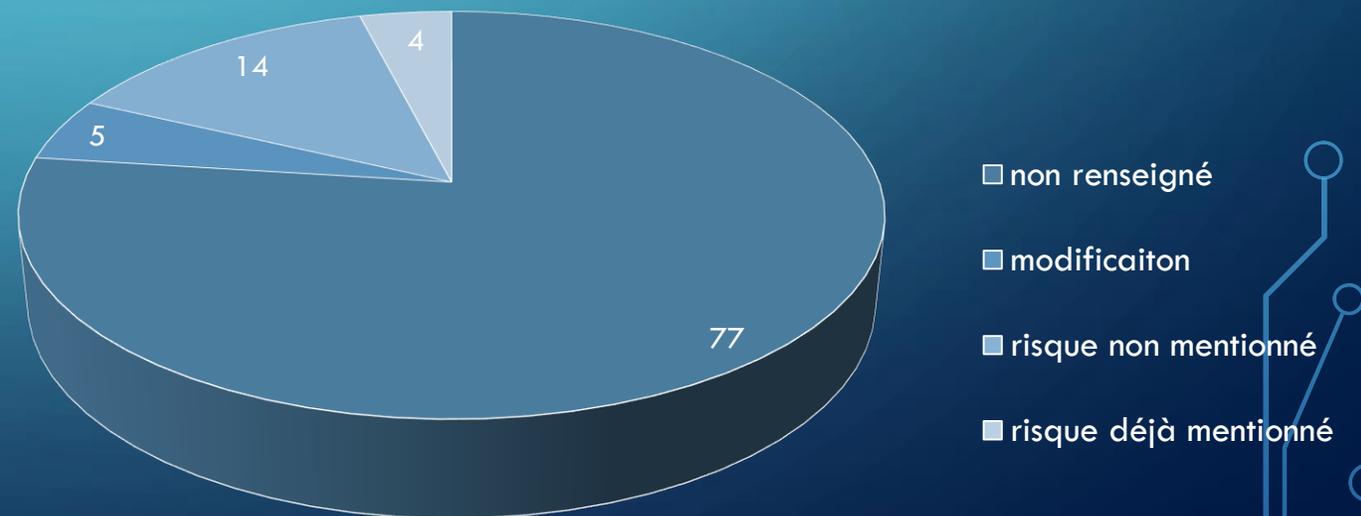
## Action corrective

- aucune 4
- gestion du matériel 63 (24 : kit, 39 : vérification)
- traitement médical 1 (AVK)
- coordination anesth. 0
- organisation 21
- autre 11



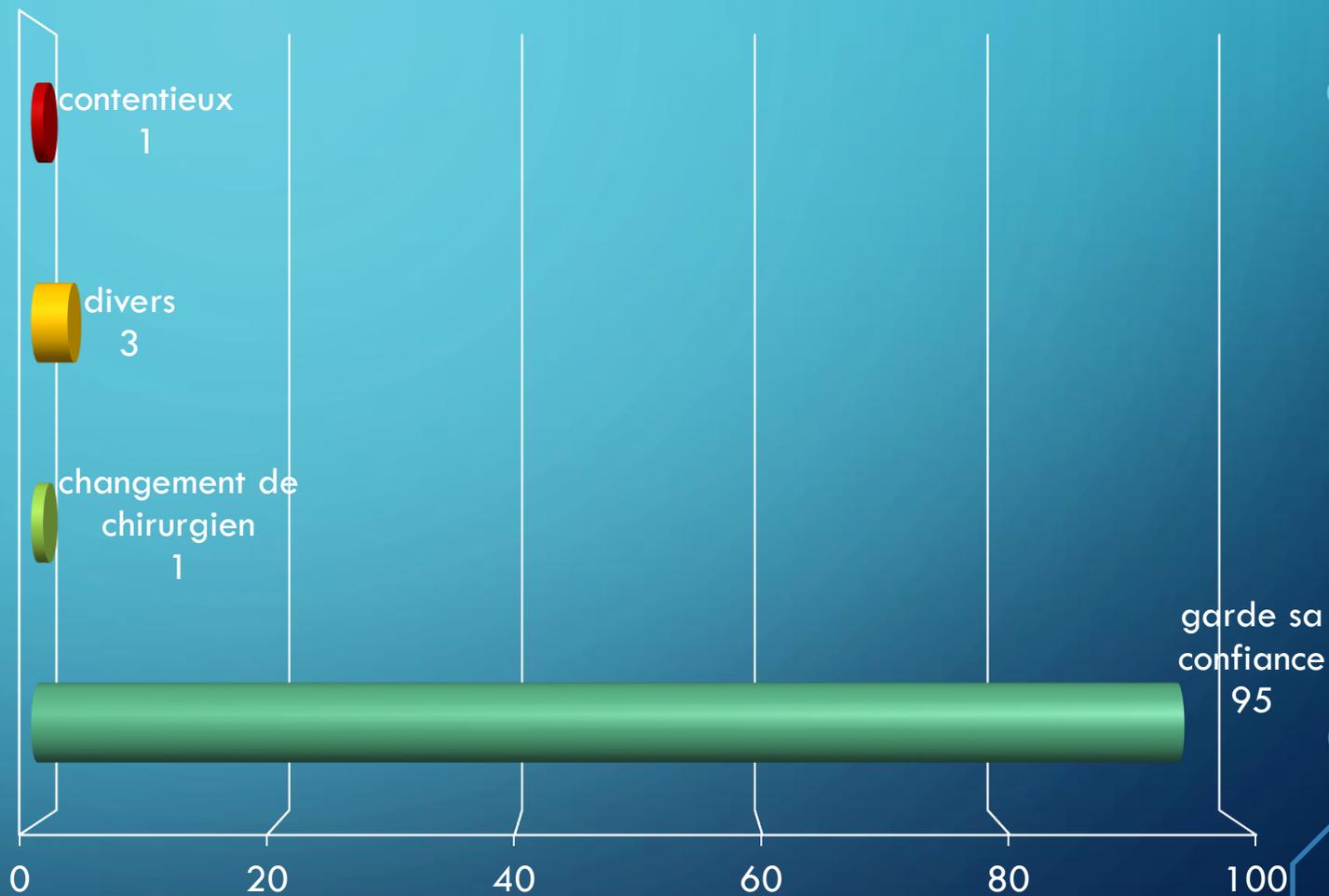
## Modification du formulaire « consentement éclairé »

- non renseigné 77
- modification 5
- risque non mentionné 14
- risque déjà mentionné 4



## Réaction du patient

- 95 garde sa confiance
- 1 changement de chirurgien
- 3 divers
  - 1 pb psychologique
  - 1 démence sénile
  - 1 ne veut plus revenir
- 1 contentieux (TGI)



# GLOBALEMENT



*les problèmes liés au matériel sont prédominants : 76 fois*



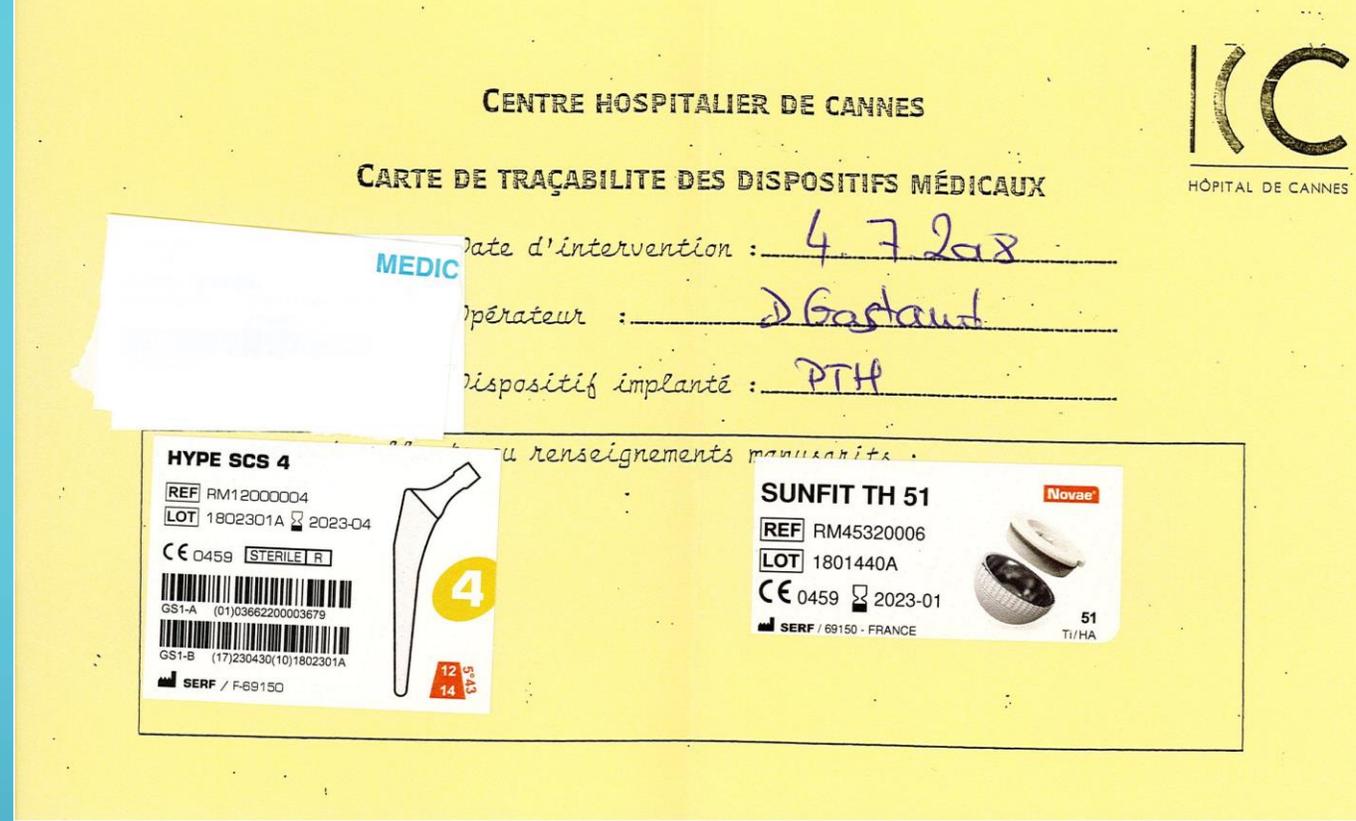
les problèmes liés au CRO sont fréquents : 20 fois

CRO non disponible, CRO imprécis, CRO étranger

# CARTE DE TRAÇABILITÉ

## « Feuille de route »

Standardisation des empreintes  
Lecture des codes barre  
UDI



# GLOBALEMENT



les problèmes liés au matériel sont prédominants : **76 fois**



les problèmes liés au CRO sont fréquents:  
CRO non disponible, CRO imprécis, CRO étranger **20 fois**



la stérilisation est en cause **9 fois**  
emballage perforé, matériel resté à la sté

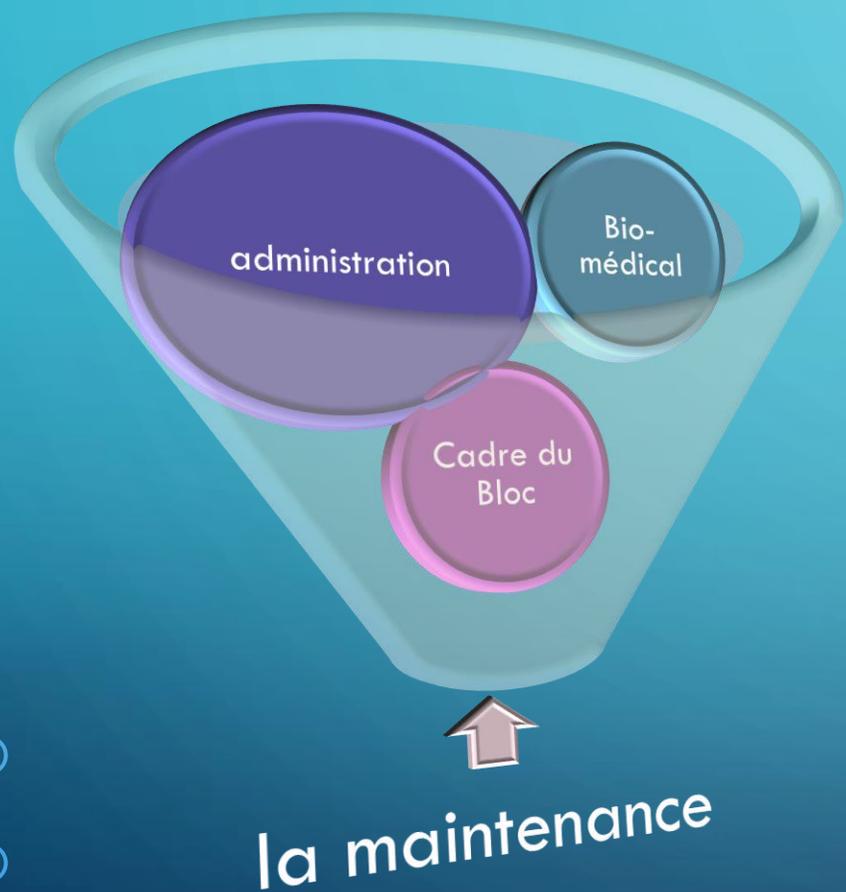


problème de maintenance **9 fois**  
climatisation, moteur, ampli, optique, inondation



les problèmes médicaux sont minoritaires

# LES POINTS SUR LESQUELS LE CHIRURGIEN A PEU D'ACTION



Les problèmes médicaux

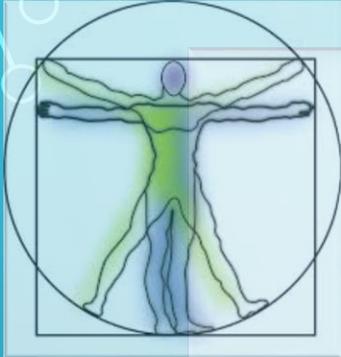


Relation avec les anesthésistes



Relation avec les autres spécialités

# LES POINTS SUR LESQUELS LE CHIRURGIEN PEUT AGIR:



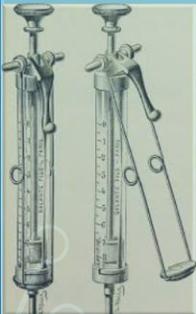
## Connaître l'équipe

- intérimaire
- Nouvelle IBODE



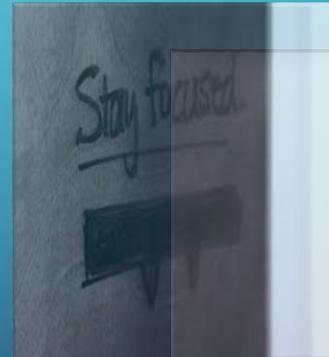
## planifier

- « *savoir pour prévoir afin de pourvoir* » (Auguste Comte)
- Ex : cône morse 12/14 ou 14/16, PdS sous-estimée...



## Disposer du bon matériel

- Vérifier le CRO précédent (éviter la dérive US)
- Vérifier le matériel la veille: IBODE dédiée ou Cadre, contrôle complémentaire
- Liaison avec les technico-commerciaux (pas seulement commerciaux)
- Matériel en prêt déjà reparti



## Être attentif

- 1 chute de tournevis

# CONCLUSION

**« Ce que tu peux changer, change le  
ce que tu ne peux pas changer, accepte le »**





# ARRÊT DE PROCÉDURE

LUNDI 12 NOVEMBRE 2018

MAROUSSIA GALPERINE

AVOCAT AU BARREAU DE PARIS- 9 RUE DU MONT -THABOR -  
75001 PARIS



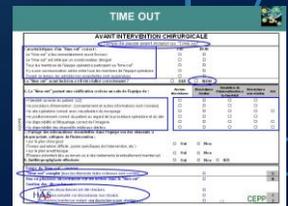


# DÉFINITIONS : ARRÊT

No Go : Décision argumentée et réfléchie de ne pas commencer l'acte chirurgical avant l'incision

## TIME OUT : TEMPS DE PAUSE AVANT INCISION

Arrêt d'une procédure chirurgicale après incision :  
Évènement exceptionnel et inattendu (patient, une cause extérieure)  
Non-respect de la check-list



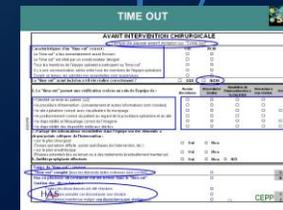


# DÉFINITIONS : ARRÊT

No Go : Décision argumentée et réfléchie de ne pas commencer  
l'acte chirurgical avant l'incision

## TIME OUT : TEMPS DE PAUSE AVANT INCISION

Arrêt d'une procédure chirurgicale après incision :  
Évènement exceptionnel et inattendu (patient, une cause extérieure)  
Non-respect de la check-list





# NO GO ET/OU ARRÊT DE PROCÉDURE ?

Monsieur X a été admis le 21 avril 2002 à la Clinique B pour y être opéré d'une hernie hiatale par coelioscopie par le Docteur Y ;

Selon M. X, l'intervention prévue en fin de matinée, le 22 avril 2002,

aurait été retardée et annulée en raison d'une panne des moniteurs du bloc opératoire.

Cette intervention aurait été reportée au 25 avril 2002, date à laquelle elle aurait été pratiquée, mais aurait été interrompue en raison d'une défaillance du matériel utilisé.

Tribunal de grande instance de Marseille, Juge des référés, cabinet 1, 16 juin 2003, n° 03/01059





# PROBLÈME DE MATÉRIEL

- Que dois je faire ?
  - J'arrête l'intervention et j'explique au patient que pour sa sécurité l'intervention a été interrompue après l'incision
  - Je recouds le patient ; puis, je lui explique le dysfonctionnement en mettant en exergue les problèmes d'organisation au sein de la Clinique
  - Je continue l'intervention, si possible, en espérant qu'aucune complication ne survienne
  - Je ne commence pas l'intervention car je n'ai pas le matériel nécessaire





# ARRÊT DE LA PROCÉDURE

« Les pièces versées aux débats par Mme X Y et notamment le compte-rendu opératoire du 9 septembre 2015 faisant état du manque de **matériel nécessaire à l'intervention** et de **la nécessité du report de celle-ci alors qu'elle avait commencé et les incisions effectuées**, sont de nature à rendre vraisemblable l'existence d'une faute imputable au Docteur Z A et à la clinique. »

TGI Nanterre, juge des réf., 1er sept. 2016, n° 16/01791.



# ARRÊT DE LA PROCÉDURE EN PEROPÉRATOIRE

Après 2 consultations les 6 avril 2005 et 10 juillet 2006 auprès du Docteur B, chirurgien de la main, une intervention chirurgicale est programmée le 10 août 2006 pour ténosynovite nodulaire du troisième doigt gauche avec une anesthésie réalisée par le Docteur Y.

Le Docteur Y se trompe de côté pour installer et préparer le patient,

Pendant l'intervention, monsieur Z, sous anesthésie loco-régionale, a été incisé au niveau du troisième doigt droit ; Qu'ensuite, le canal digital droit a été abordé avec prélèvement de la synovite des fléchisseurs ;

Qu'avant la réalisation de la plastie d'agrandissement, l'erreur d'installation a été décelée et l'intervention à droite a été stoppée.

L'intervention a alors été effectuée sur la main gauche.





# ARRÊT DE LA PROCÉDURE EN PEROPÉRATOIRE

## Sur la responsabilité :

Le docteur B pour voir limiter sa responsabilité, dont il ne conteste pas le principe, incrimine la faute de l'anesthésiste, le docteur Y pour avoir préparé la main Droite de monsieur Z alors celui-ci devait être opéré pour ténosynovite nodulaire du troisième doigt gauche ;

Que néanmoins, le docteur B qui n'a pas appelé en la cause le docteur Y, avait l'obligation de vérifier par lui même si la préparation du membre du patient par l'anesthésiste concernait bien la main qu'il devait opérer.





# ARRÊT DE PROCÉDURE EN PEROPÉRATOIRE

Quelles sont les conséquences d'un geste très limité à la main droite puisqu'il n'a comporté qu'une incision cutanée et une dissection du tissu cellulaire sous cutané sans autre geste sur la gaine des fléchisseur qu'une biopsie ?

Monsieur Z souffrait également d'un syndrome du canal carpien droit + problèmes vasculaires non imputables aux séquelles de l'intervention arrêtée.

**Sur la réparation des préjudices : 23 767,69 €**

CA de Grenoble 21 janvier 2014 – RG 11/04971





# SUR L'ARRÊT EN COURS D'INTERVENTION :

Le professeur B indique que la laparotomie par voie médiane a été conduite de façon correcte par le docteur Y.

Il ajoute que ce dernier s'est trouvé confronté à un abdomen bloqué par des brides et adhérences que l'on suspectait déjà avec le scanner mais ajoute-t-il, dans un avis complémentaire déposé le 26 novembre 2009, que le **bilan préopératoire effectué ne lui permettait pas de suspecter aussi importantes que celles découvertes lors du geste opératoire et que l'importance de ces adhérences** a été confirmée par la deuxième laparotomie effectuée le 21 septembre 2007 par le docteur A.

L'expert affirme qu'il n'y a pas de faute technique de la part du docteur Y qui a réalisé l'intervention selon les règles de l'art reconnues par la science et **que la poursuite du geste opératoire aurait pu néanmoins être envisagée si un chirurgien digestif de la clinique avait été présent.**

**Il ne saurait donc être reproché au docteur Y d'avoir arrêté l'opération en l'absence de chirurgien digestif au moment de cette première laparotomie.**

TGI Marseille, 1<sup>re</sup> ch. civ., 10 mai 2012, n° 10/08107





# ARRÊT DE LA PROCÉDURE

En per-opératoire



Information du patient



En post-opératoire





# CONCLUSION

Dans de nombreuses situations → NO GO

**En cas de poursuite de la procédure chirurgicale pour non respect du time out :**



Discussion : sur la faute ou non - sur le caractère potentiellement aggravant de la poursuite de la procédure chirurgicale

Bonne stratégie, si possible, est de réveiller le patient et de reporter l'intervention





# CONCLUSION

Dans de nombreuses situations NO GO →

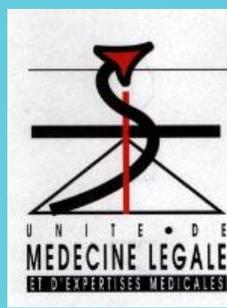
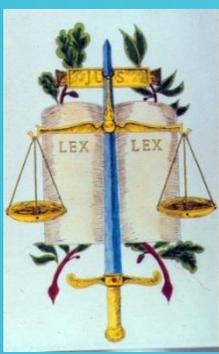
En cas de poursuite de la procédure chirurgicale, en cas de non respect du time out :



Discussion : sur la faute ou non - sur le caractère potentiellement aggravant de la poursuite de la procédure chirurgicale

Bonne stratégie, si possible, est de réveiller le patient et de reporter l'intervention





No conflict  
of interest .

# Les Aspects médico légaux des arrêts de procédure

Pr. Henry Coudane,

Dr Laurent Martrille ( MCU-PH)

Jane Laure Danan (Dr Univ.Lorraine)

ORTHORISQ 93ÈME SOFCOT NOV. 2018

Arrêt de Procédure Aspects Médico  
Légaux



# GÉNÉRALITÉS

LES PRINCIPES MÉDICO-LÉGAUX SONT LES MÊMES ...  
À QUELQUES DÉTAILS PRÈS

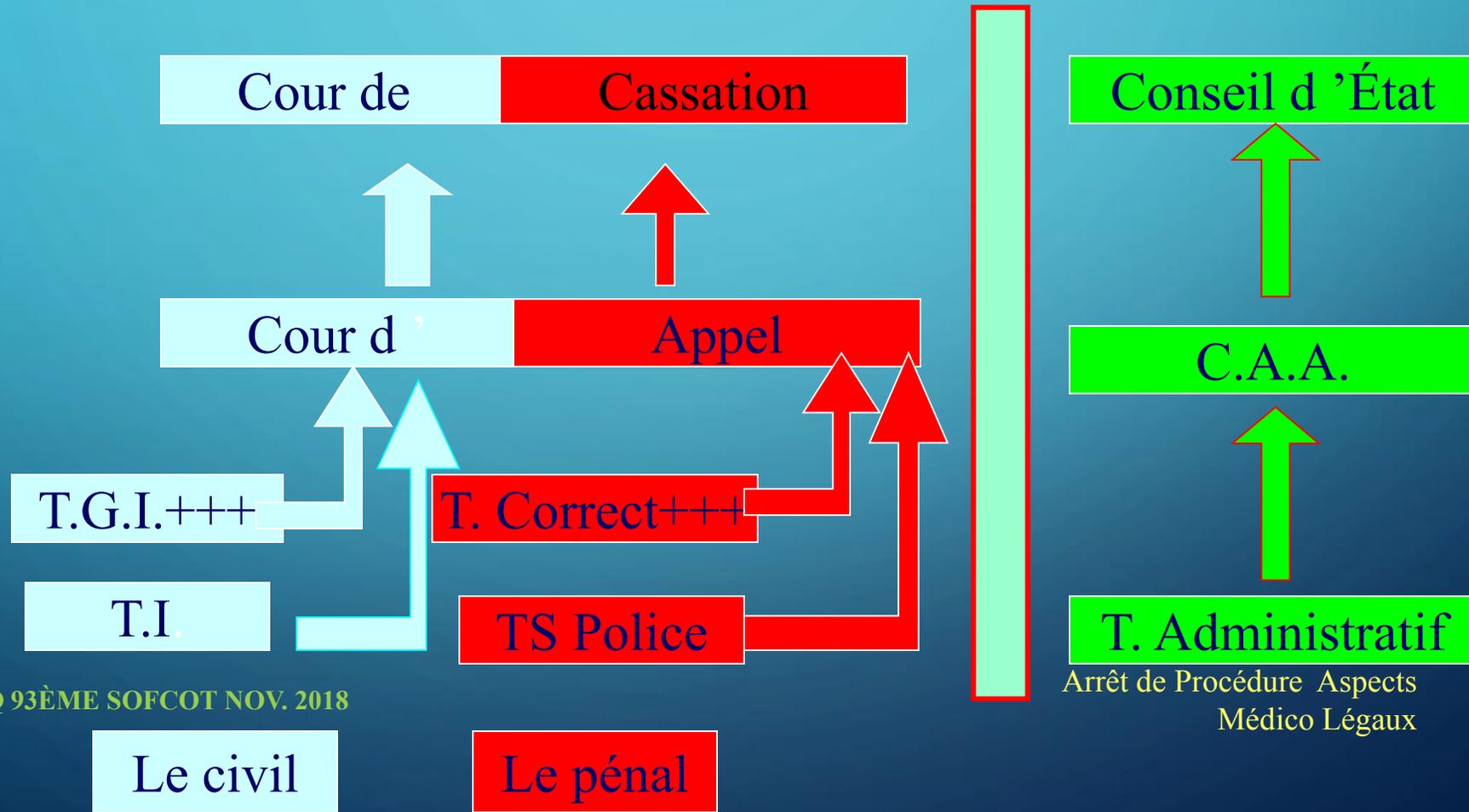
ORTHORISQ 93ÈME SOFCOT NOV. 2018

Arrêt de Procédure Aspects  
Médico Légaux

55

# LA PYRAMIDE JURIDICTIONNELLE

Tribunal des Conflits



ORTHORISQ 93ÈME SOFCOT NOV. 2018

# ET EN PLUS CCI DANS LES SUITES DE LA LOI DU 4 MARS 2002

...

- Ex CRCI
- « extra judiciaire »
- Gratuite
- Procédure particulière
- Critères particuliers pour obtenir  
« réparation »

Arrêt de Procédure Aspects  
Médico Légaux



ET EN PLUS CCI  
DANS LES SUITES DE LA LOI DU 4 MARS 2002

...

- La notion d'aléa thérapeutique

# LE RÔLE DE L' EXPERT

- Il est essentiel .
- A cette étape :
  - Expert chirurgien orthopédiste
  - En activité ...

# LE RÔLE DE L' EXPERT

- Un « bon » expert :
  - Répond exclusivement aux questions de la mission
  - Applique la méthode des « standards »

# LE RÔLE DE L' EXPERT

- En 2018 application de la mission type Dintihlac pour l' appréciation des préjudices patrimoniaux et extra- patrimoniaux

# LE RÔLE DE L'EXPERT

- Faute
  - Argumentation
- Négligence
  - Relation avec le préjudice
- Inobservation des règlements
  - expliquer la relation de cause à effet

# ET L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE ?

- Un peu de droit ...
- Le principe : ( CC 2007 L 4 mars 2007 )

*“Toute maladresse d’ un praticien engage sa responsabilité est par la même, exclusive, de la notion de risque inhérent à un acte médical ...”*

# ET L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE ?

- Mais la 1<sup>ère</sup> Chambre civile de la Cour de cassation du 4 octobre 2017 «maladresse fautive du chirurgien peut être un aléa thérapeutique ...

# ET L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE ?

- Même chose pour le CE en matière de responsabilité administrative (CE février 2011) maladresse fautive du chirurgien peut être un aléa thérapeutique ...

# ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- *Risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait pas être maîtrisé (CC 1<sup>ère</sup> Ch Civile 20 01 2001)*
- L'aléa thérapeutique ne se déduit pas automatiquement de l'absence de faute du chirurgien
- Pour l'instant : **NON**

# ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- Oniam :
- 1<sup>o</sup> acte ne mettant pas en cause la responsabilité d'un praticien ou d'un établissement de santé
- 2<sup>o</sup> imputable acte de prévention ou de diagnostic ou de soins

# ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- Oniam :
- 3<sup>o</sup> entraînant pour le patient des conséquences anormales regard de son état de santé
- 4<sup>o</sup> dépassant un seuil de gravité fixé par décret

# ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- Actuellement les « conséquences d'un arrêt de procédure » ne rentrent pas dans l'aléa thérapeutique ...sauf cas particuliers
- C'est encore le rôle de l'Expert judiciaire
  - Auxiliaire de justice
  - Qui ne dit jamais le droit ...

# ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- Exemple ( CHU )
  - Femme 94 ans Fracture du Col fémur
  - Indication prothèse intermédiaire
  - L' anesthésiste au bout de 5 minutes : *« dépêche toi t' as 2 minutes pour terminer sinon ta mamie elle va canner »*
  - Résection tête col / recul 2 ans
  - Expertise : faute : il fallait mettre une prothèse...
  - CHU condamné par CCI

# LA JURISPRUDENCE

- Lexis 360/ Légifrance/Wos Web of Science/
- Condamnations du chirurgien orthopédiste :
  - Arrêt de procédure pour « erreur de site » (TGI/CA)
    - PT Genou
  - Arrête de procédure pour « absence de matériel adéquat » (TGI/CA)
    - PT Genou

# PRÉVENTION

- 1° une « affaire médico-légale » c' est en moyenne une centaine d'heures de travail pour vous !
- 2° Prévention :
  - Application des protocoles ...
  - On ne peut que regretter que certains chirurgiens n' appliquent toujours pas la check list...

# LE MAL EST FAIT ...

- Ce qu'il ne faut pas faire pour le chirurgien :
  - 1° c'est la faute de la clinique
  - 2° c'est la faute du pharmacien
  - 3° c'est la faute de l'instrumentiste
  - 4° c'est la faute de l'anesthésiste

# CONCLUSIONS ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET ARRÊT DE PROCÉDURE

- Fréquence : Rare
- Conséquences médico-légales rares
  - Condamnations du chirurgien fréquentes ( gestion matériel)
- Aléa : NON

Merci de votre attention...