

ARRET PROCEDURE

Où en sommes-nous ?

Orthorisq

13 novembre 2023

Philippe Tracol , Stéphane Mauger



Définitions:

- **L'arrêt de procédure** est l'interruption d'une intervention chirurgicale **après incision**.
- **Le No Go** est l'interruption de la procédure chirurgicale au bloc opératoire **avant ou après anesthésie mais avant l'incision**.

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



QUESTIONNAIRE ARRÊT DE PROCÉDURE APRÈS INCISION



982 RÉPONSES (JR WERTHER)
SUR 1800 ADHÉRENTS



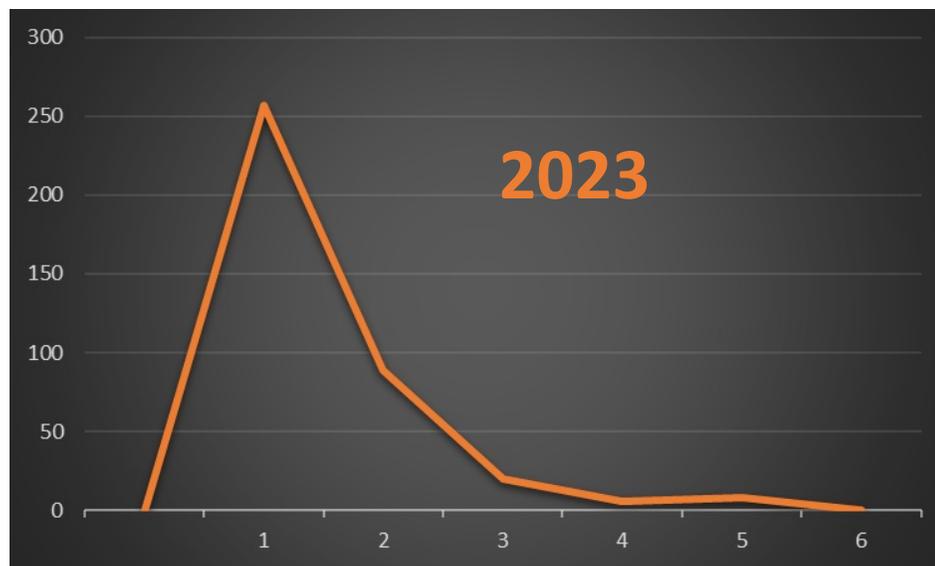
Orthorisq Paris le 12 novembre 2018

Avez-vous déjà été confronté à une interruption de procédure ?

- **Nb réponses : 1034 /1842**

OUI :56%

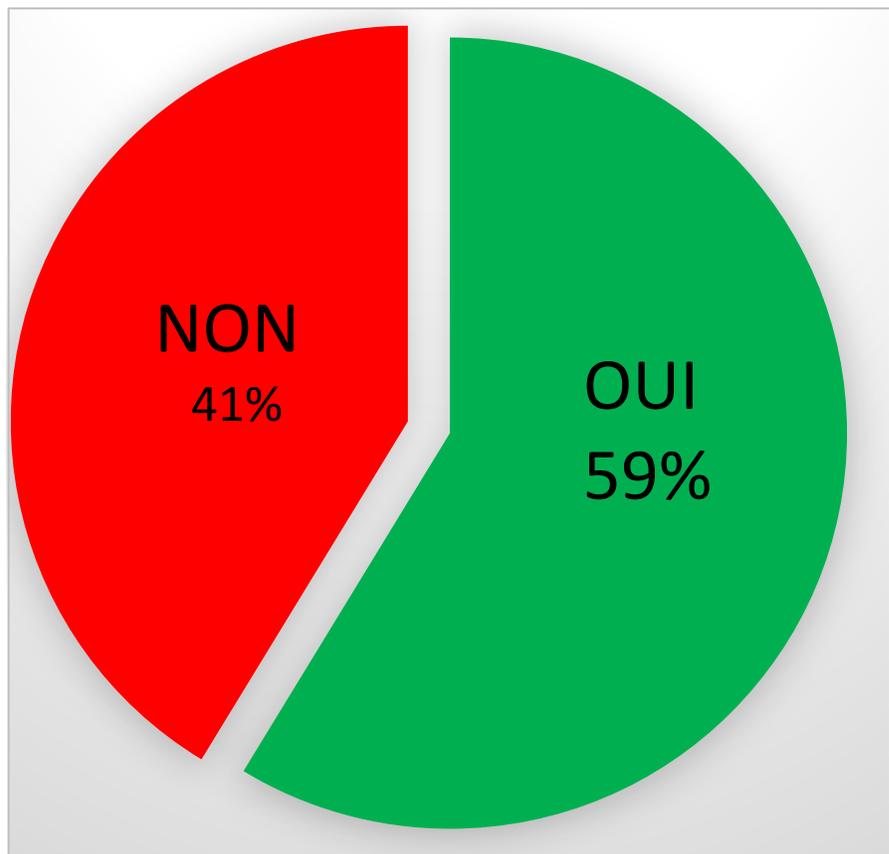
Combien de fois dans vos souvenirs avez-vous été confronté à une interruption de procédure ?



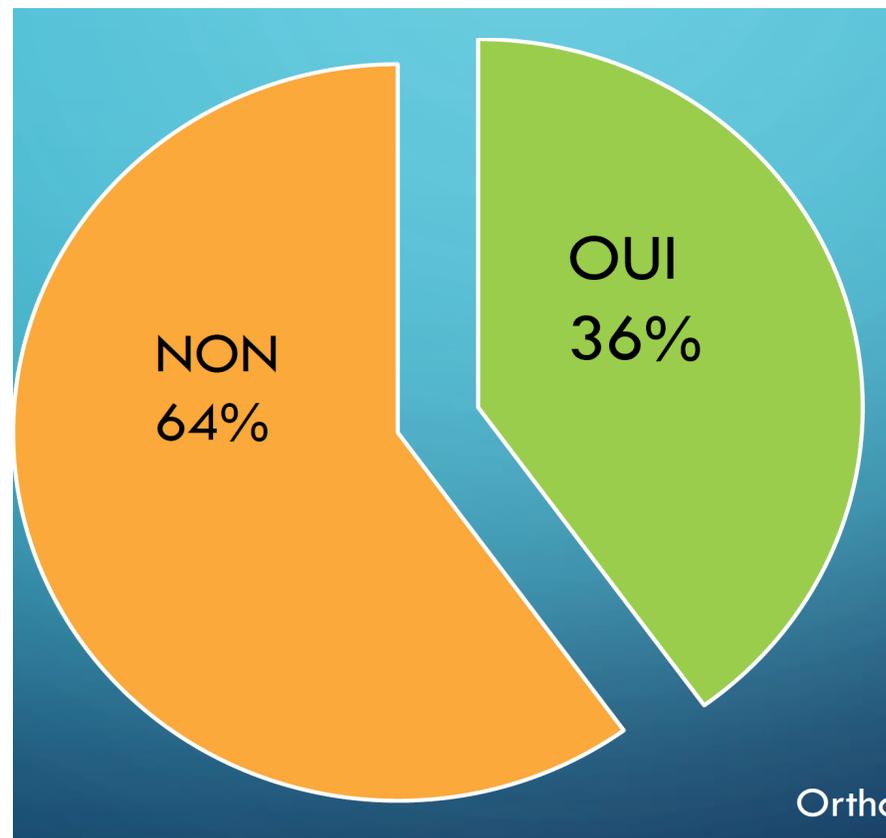
Une fois mais pas deux



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 ?

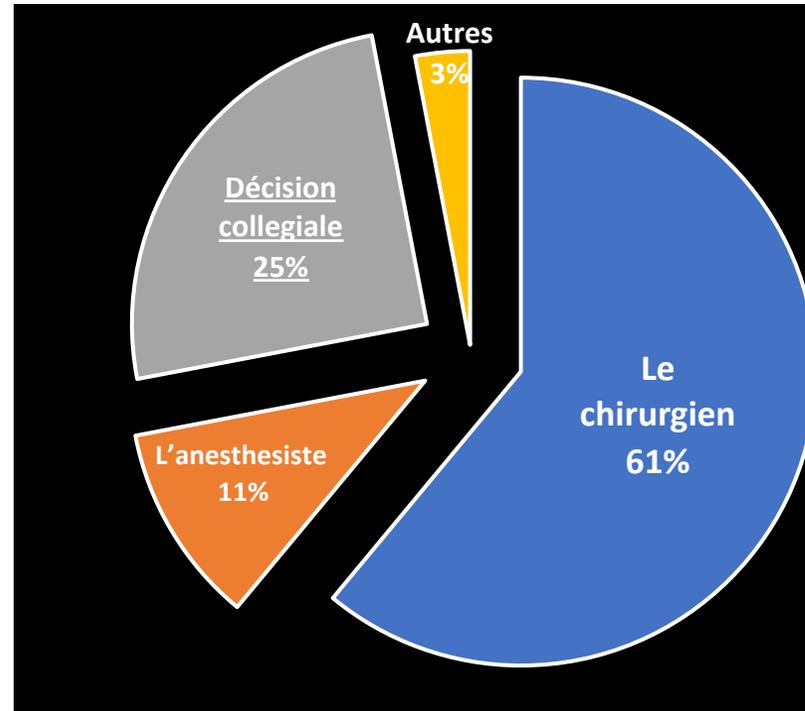


2023



2018

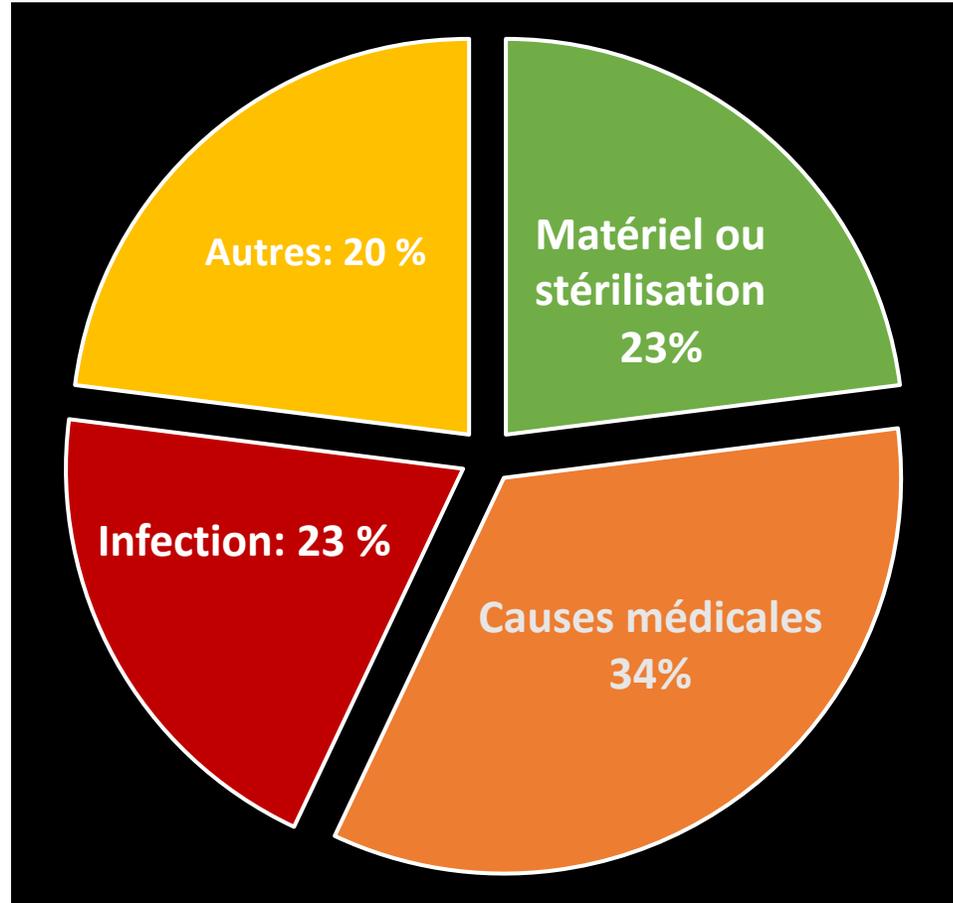
Qui a pris la décision de stopper la procédure ?



Autres:
Ibode
Autre praticien
Décès

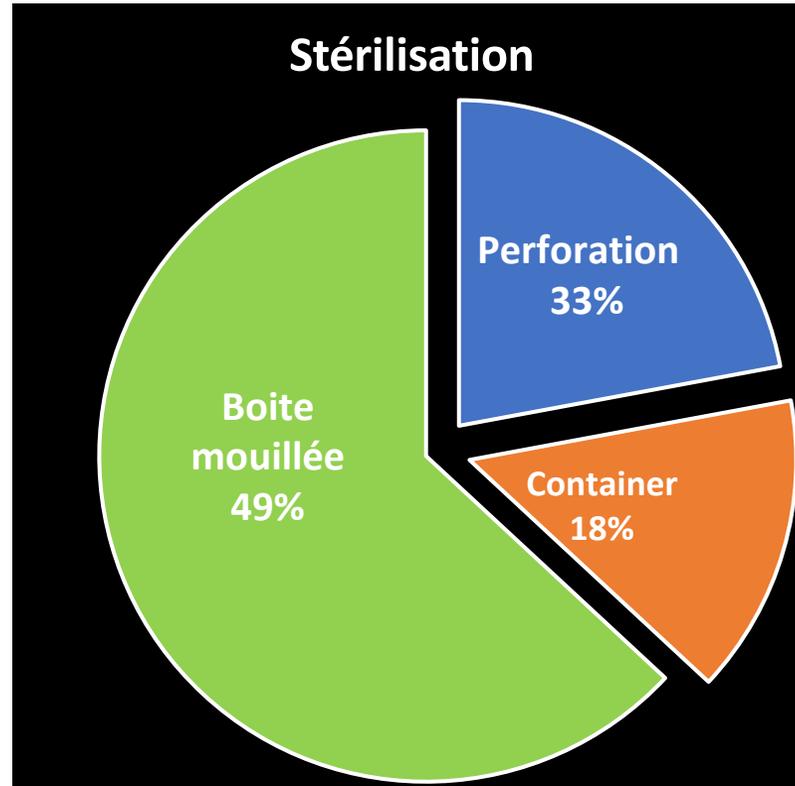
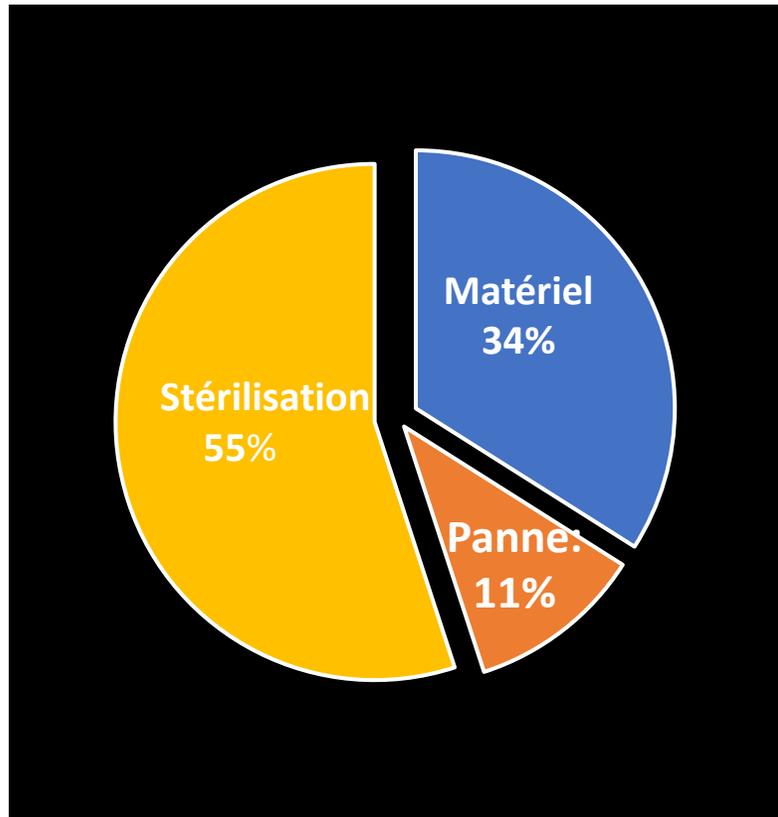
2023

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



Dans un tiers des cas, le chirurgien ne peut rien faire et ne peut que subir la situation.

Causes matérielles : détail



Comment réagir face à la présence d'humidité dans des boîtes d'instruments stériles après incision du patient ?

Décembre 2014

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de proposer une conduite à tenir en cas de découverte d'un emballage de stérilisation mouillé ou humide en cours d'intervention lorsque le patient est incisé et en l'absence d'autres instruments stériles immédiatement disponibles et utilisables.

En effet, la présence d'humidité dans les boîtes d'instruments stériles crée un doute sur la stérilité de ces instruments, les rendant en théorie inutilisables. Cet événement entraîne la mise en œuvre du principe de précaution, par l'arrêt automatique de l'intervention avec comme conséquence pour le patient une anesthésie, voire une intervention chirurgicale interrompue, et la nécessité d'une ré-intervention multipliant, de facto, les risques anesthésiques et infectieux.

Contexte

Cette situation a été mise en évidence par des déclarations spontanées d'événements indésirables rencontrés par des chirurgiens orthopédistes et traumatologues. Elle représente 55 % des dysfonctionnements liés au processus de stérilisation déclarés à Orthorisq et survient dans 75 % des cas après induction anesthésique et dans 30 % des cas après incision cutanée.

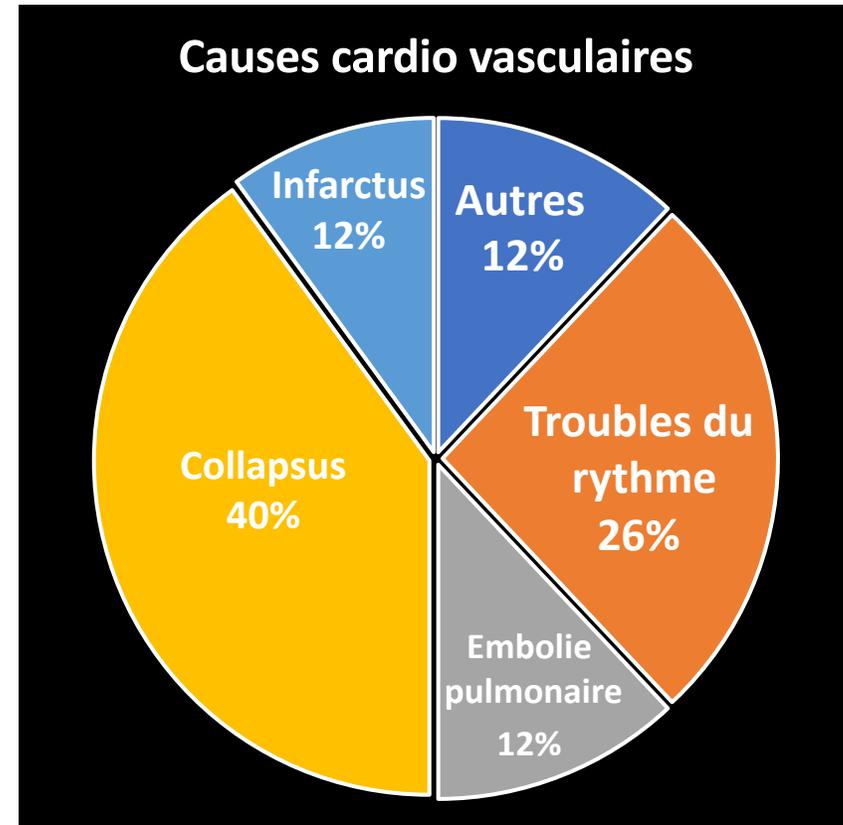
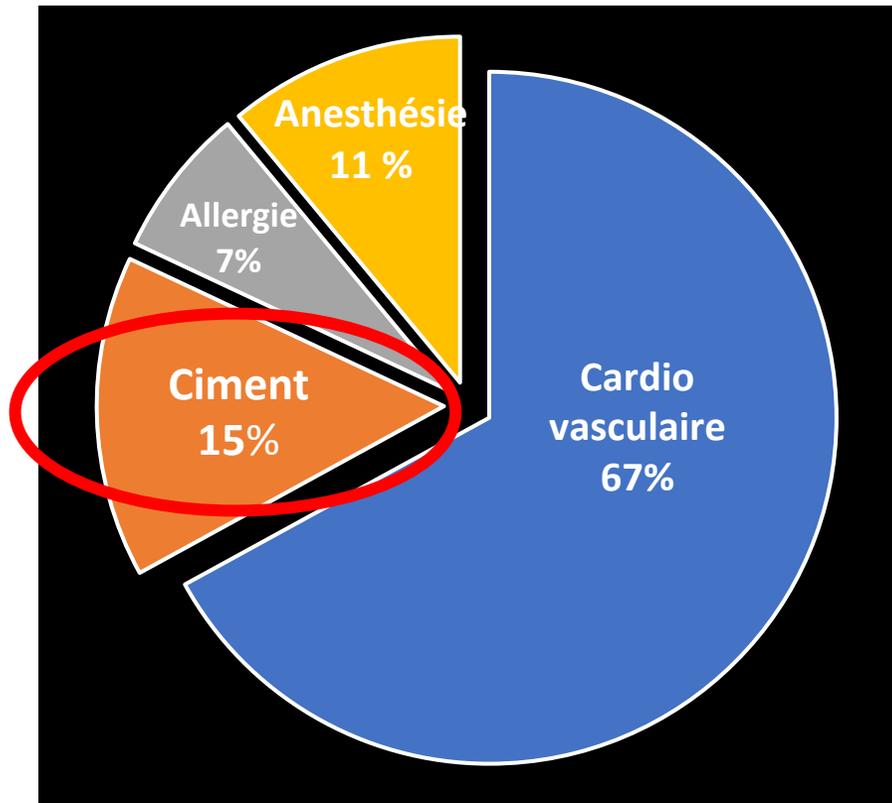
Quand utiliser cette solution ?

- En chirurgie orthopédique et traumatologique :**
- lors de découverte d'humidité dans la boîte d'instruments ;
 - chez un patient incisé ;
 - sans boîte disponible dans un délai acceptable, dans l'établissement ou dans un réseau organisé d'établissements ;
 - sans autre procédure chirurgicale maîtrisée et validée dans la même indication.



49 % des incidents de stérilisation n'aurait pas eu lieu en appliquant la procédure orthorisq boîtes mouillées.

Causes médicales : détail



Causes infectieuses (texte libre)

Découverte de foyers franchement purulents ou douteux au niveau de la zone opératoire.

Autres causes (texte libre)

- Découverte ou doute sur tissu tumoral
- Matériel inextactible
- Difficultés d'abord (fibrose, adhérences, interpositions)
- Lésion chirurgicale nerveuse ou vasculaire
- Erreur de site
- Sous-estimation des lésions
- Crise angoisse patient
- Fracture consolidée
- Chute DM
- Hémorragie
- Problème salle d'opération (incendie, fuite d'eau, panne électrique)
- Erreur indication, de voie d'abord
- Incendie champ opératoire
- Brulures graves



Causes infectieuses (texte libre)

Découverte de foyers franchement purulents ou douteux au niveau de la zone opératoire.

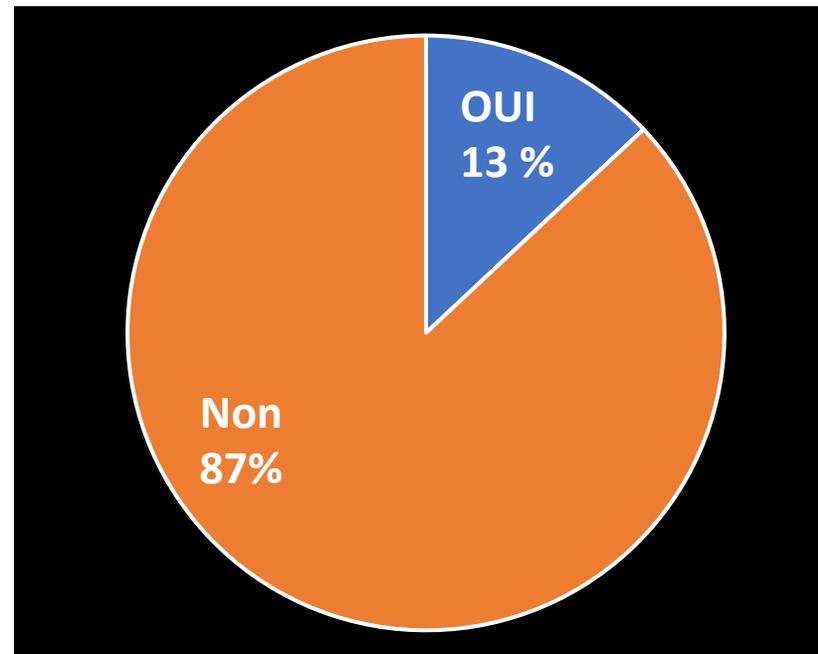
Autres causes (texte libre)

- Découverte ou doute sur tissu tumoral
- Matériel inextactible
- Difficultés abord (fibrose, adhérences, interpositions)
- Lésion chirurgicale nerveuse ou vasculaire
- Erreur de site
- Sous-estimation des lésions
- Crise angoisse patient
- Fracture consolidée
- Chute DM
- Hémorragie
- Probleme salle d'opération (incendie fuite d'eau panne électrique)
- Erreur indication, de voie d'abord
- Incendie champ opératoire

Impréparation ?

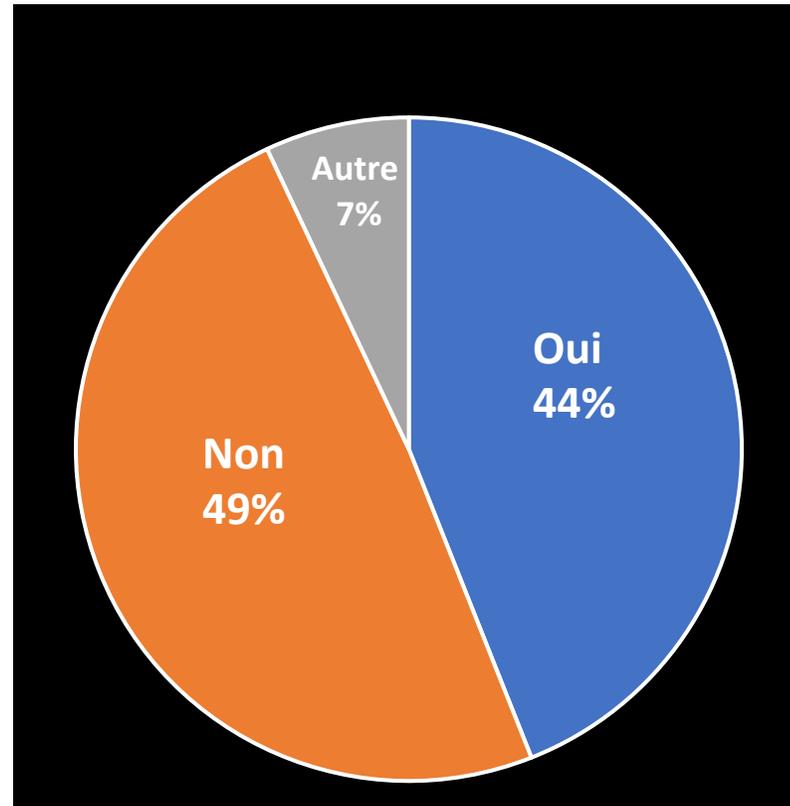


A-t-il été nécessaire de transférer le patient vers une autre structure de soins ?



2023

Est ce que la check-list avait été validée sans anomalie ?

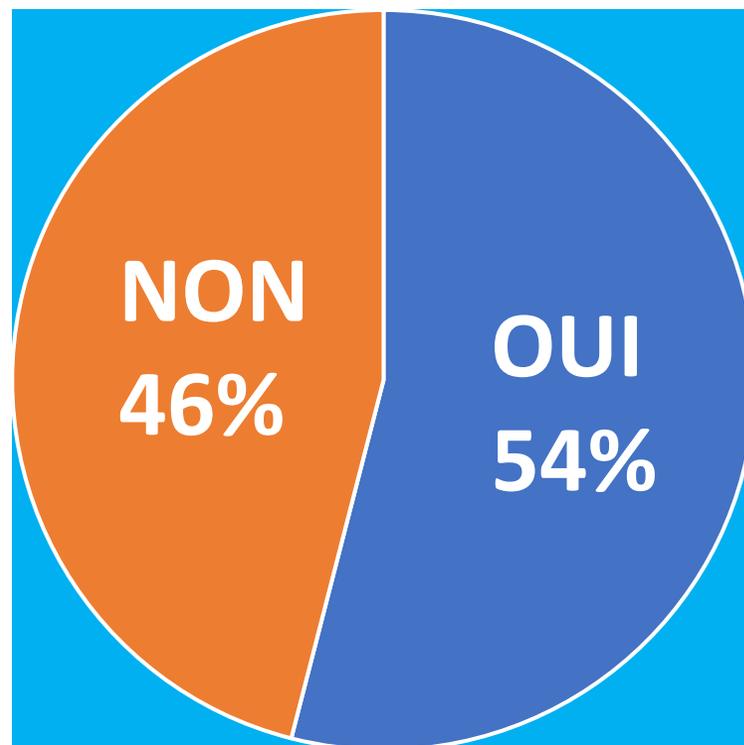


Autre = Pas de check list

**Dans plus de la moitié
des cas il y a eu un
problème sur la check-list**

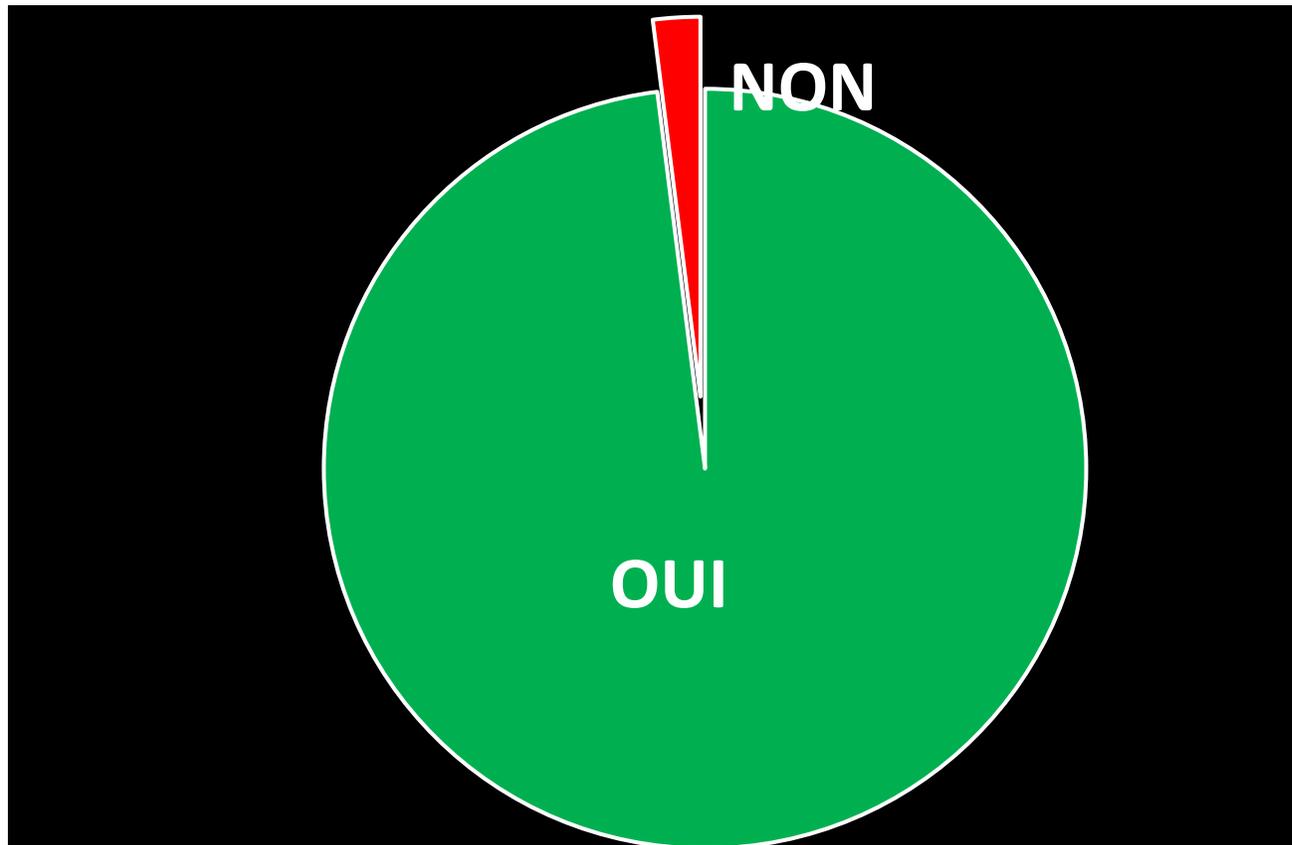
2023

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

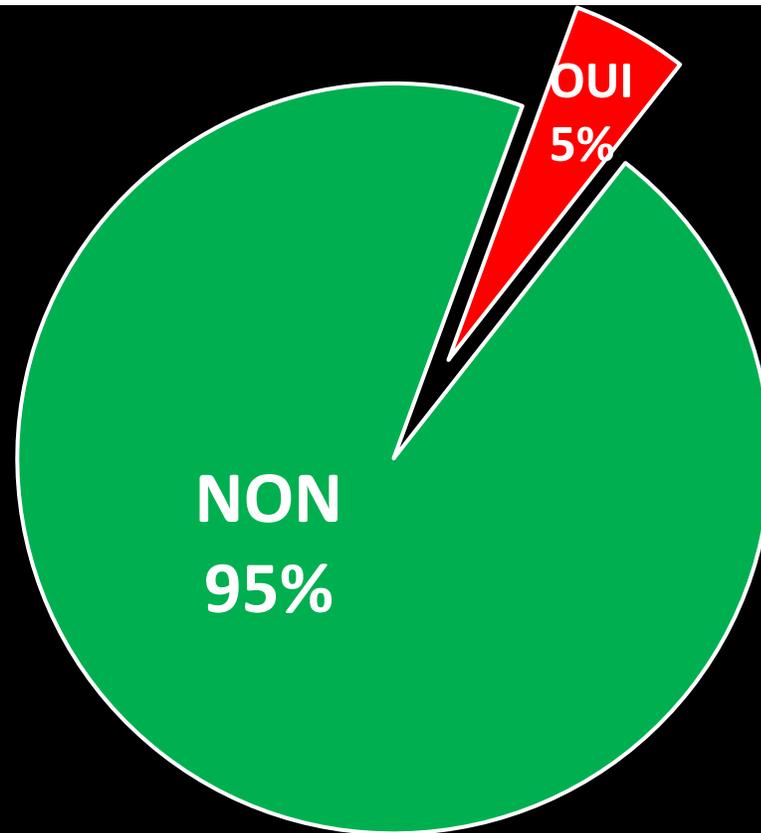


2023

Le patient a-t-il accepté une ré-intervention ?

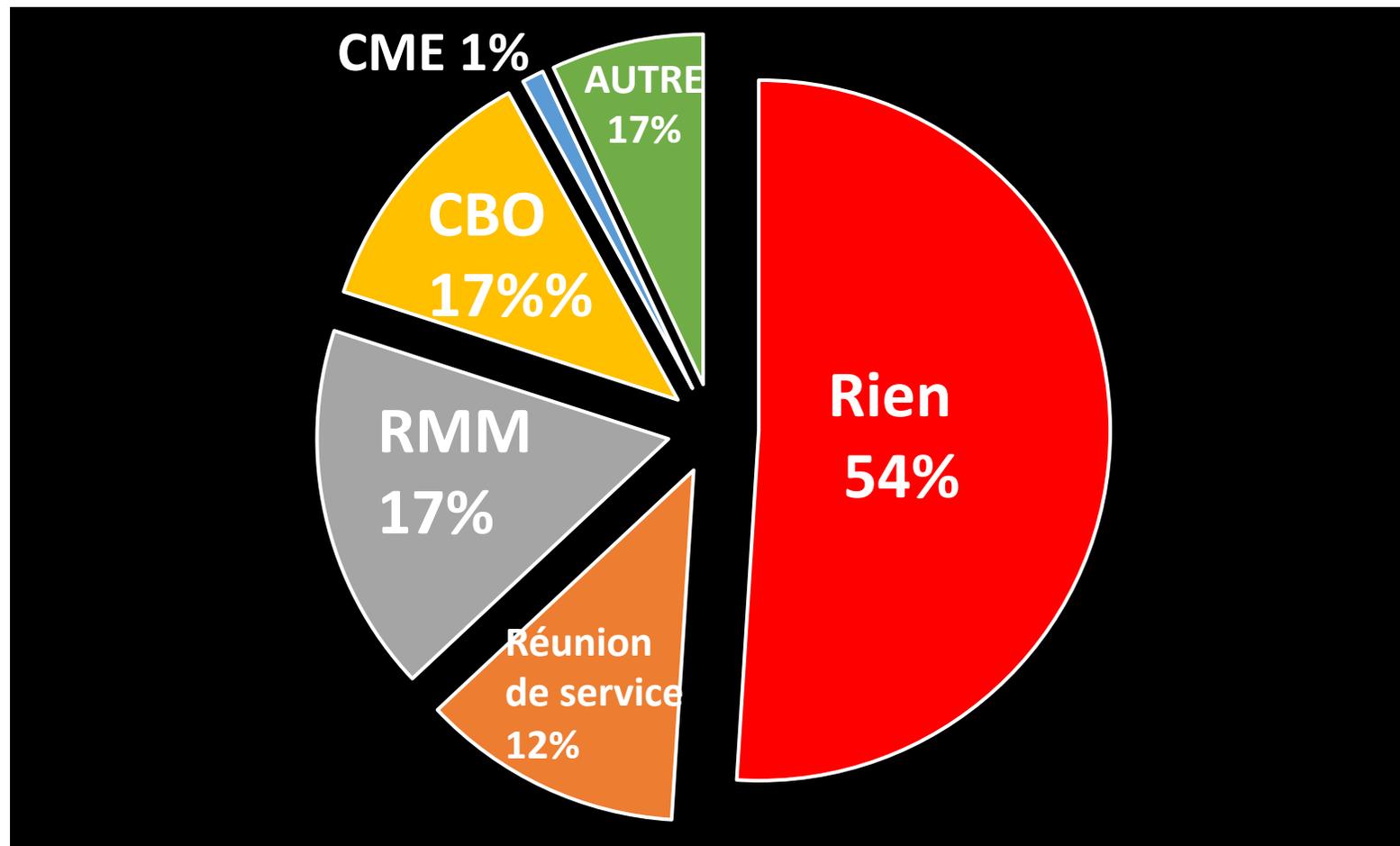


SI REINTERVENTION Y A-T-IL EU DES COMPLICATIONS?



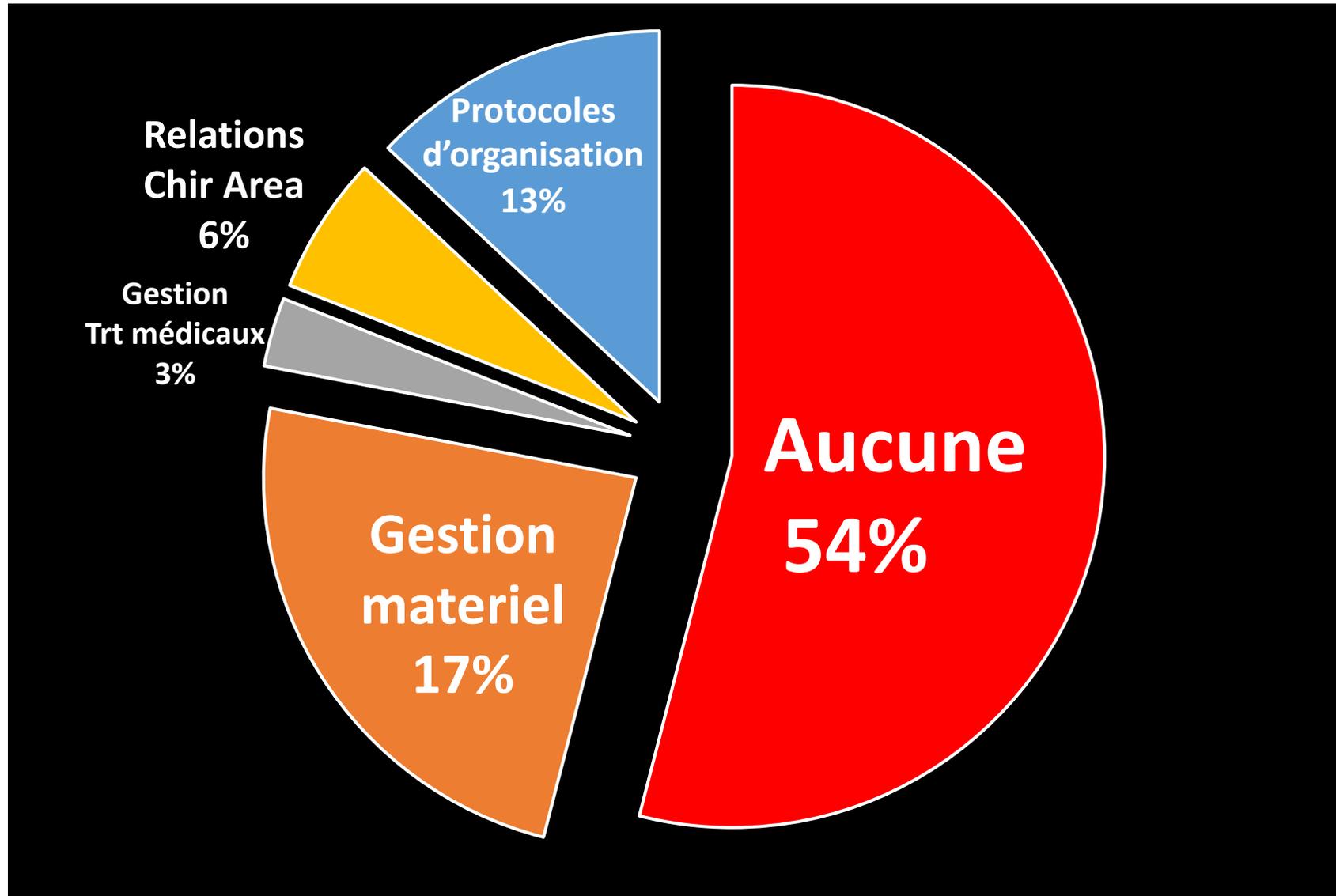
Contrairement aux idées reçues, le taux de complications en cas de réintervention n'est pas supérieur.

Comment avez-vous analysé l'événement?

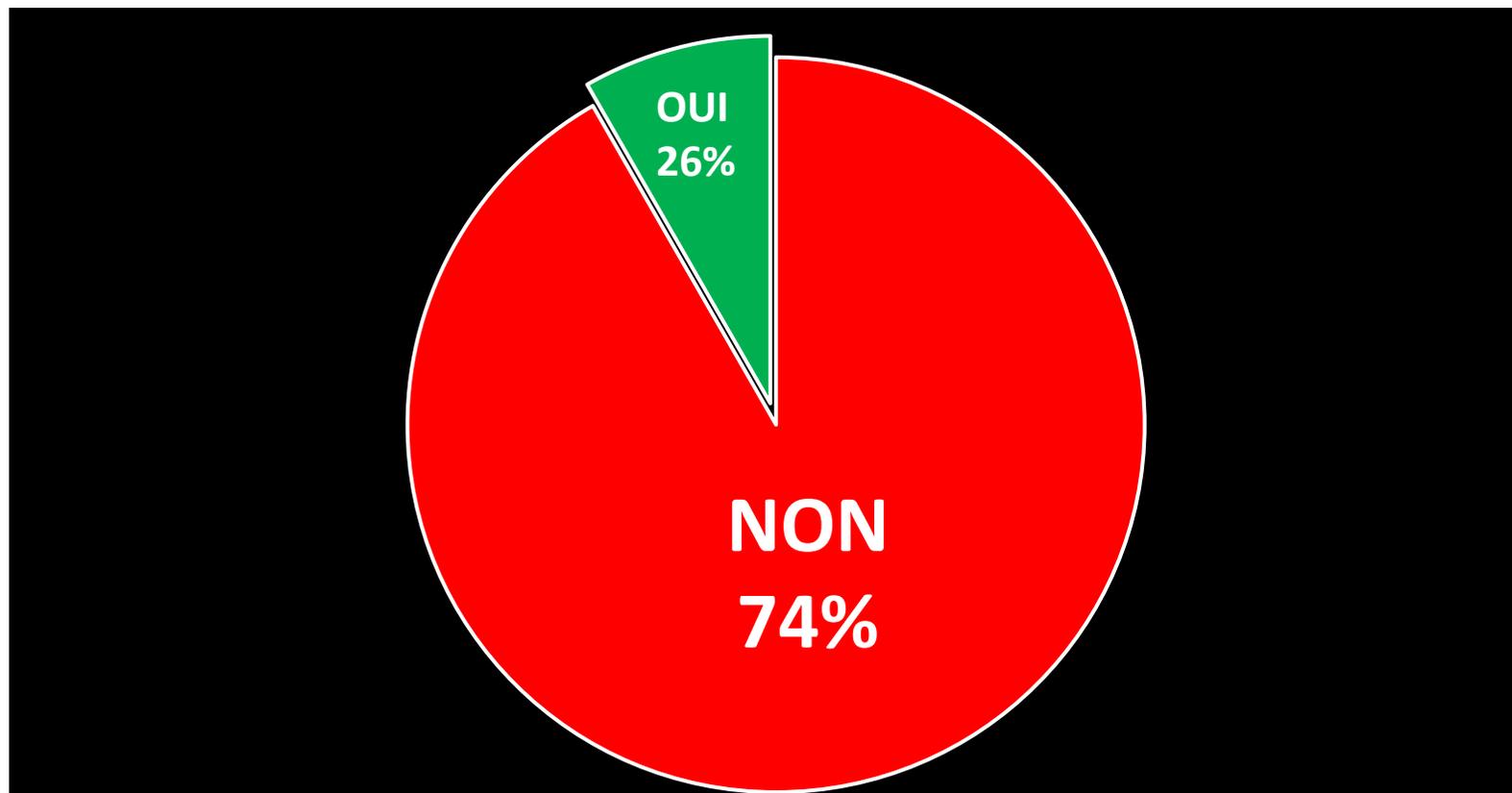


CME: Commission médicale d'établissement
CBO: Conseil de bloc opératoire
RMM: Revue mortalité morbidité

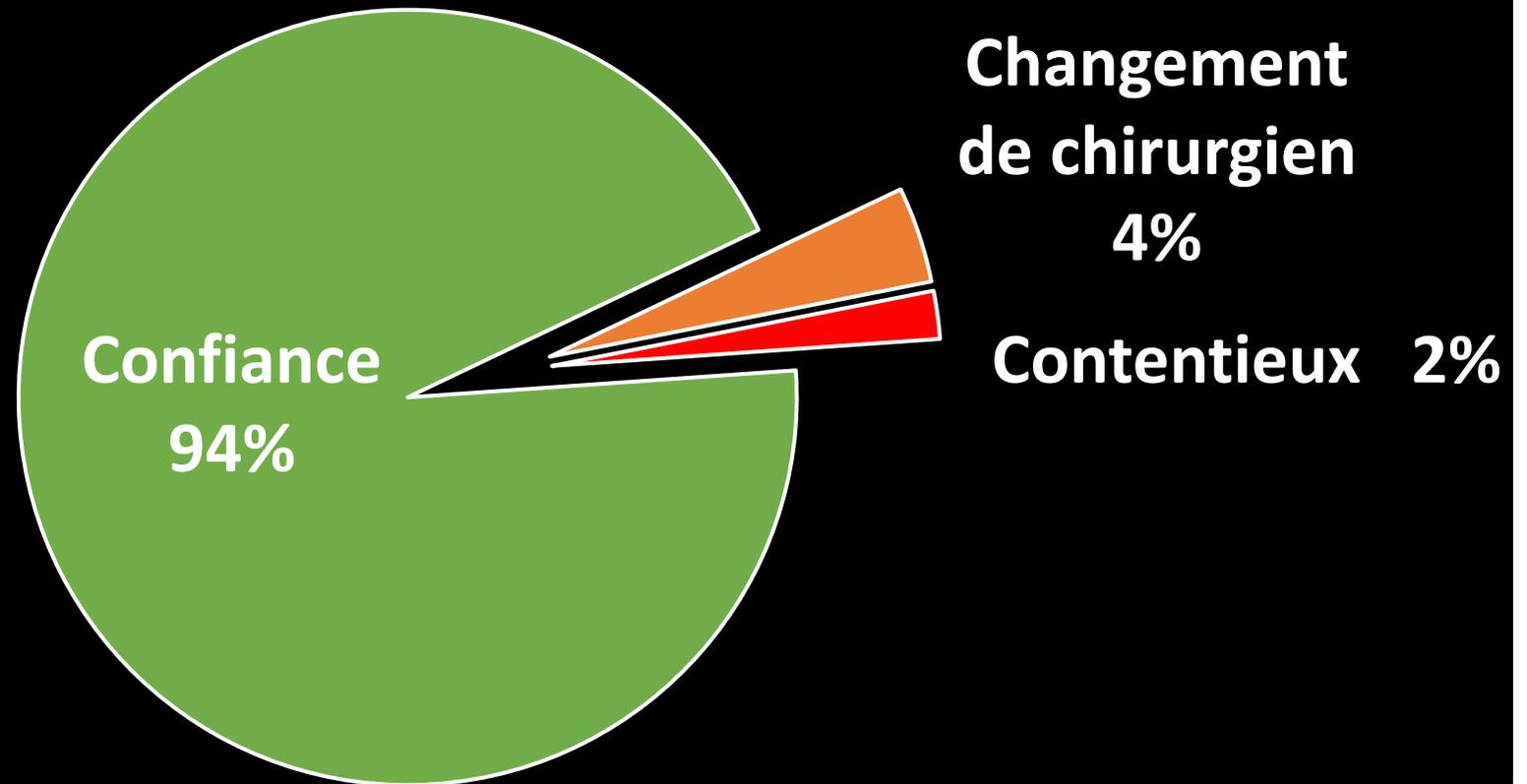
Actions correctrices



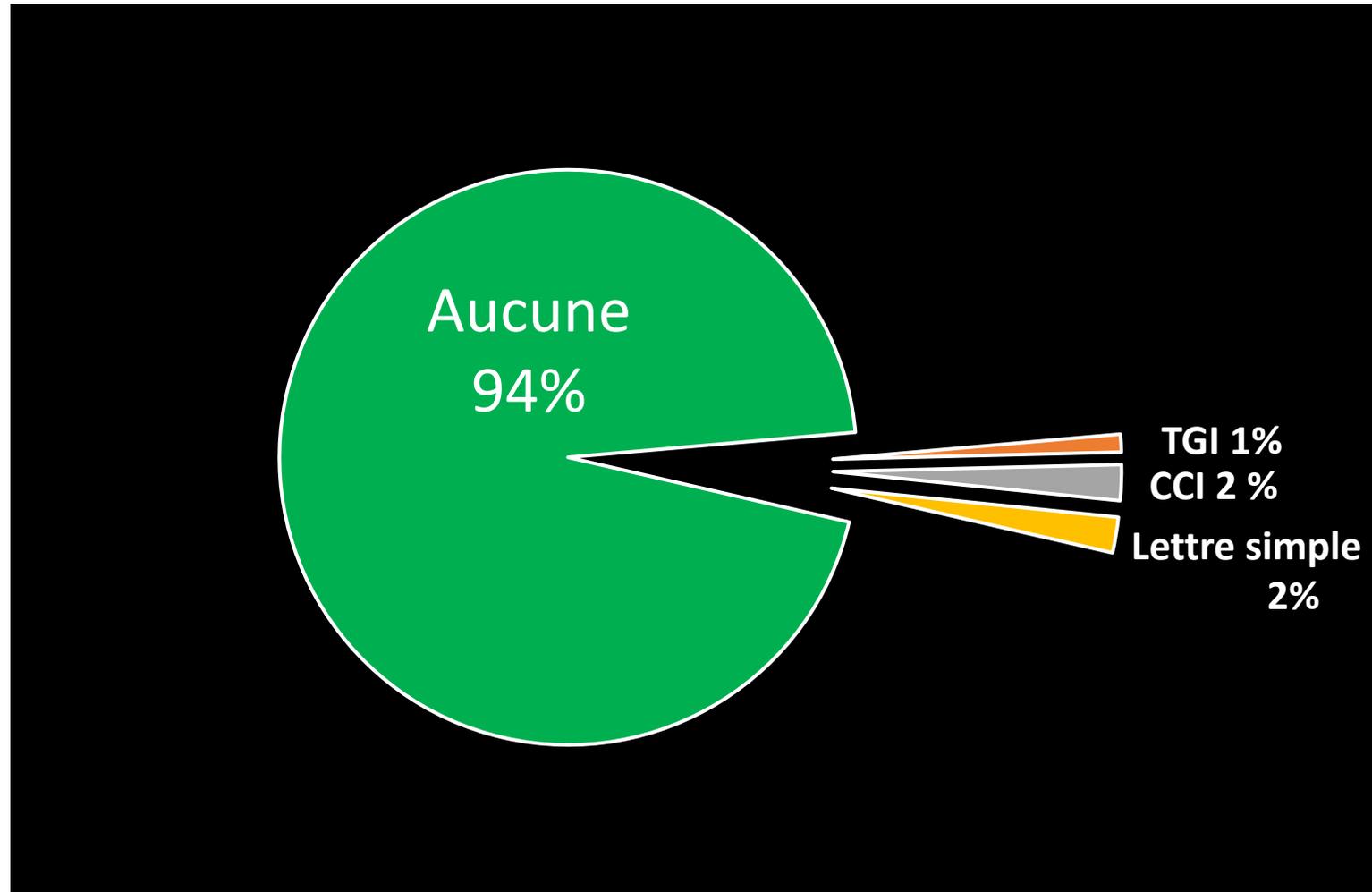
Avez-vous modifié votre protocole d'information?



REACTION PATIENT/FAMILLE



ATTITUDE PATIENT FAMILLE



Péna! 0
CNOM 0

1/3 des arrêts de procédure sont inévitables

Plus de la moitié auraient pu être évitées en appliquant
les recommandations d'Orthorisq





Solutions
sécurité patient

RECOMMANDER
LES BONNES
PRATIQUES

Précautions à prendre lors de l'implantation d'une tige cimentée de prothèse de hanche

Le syndrome de scellement osseux (SSO)

11 mai 2023

De quoi s'agit-il ?

La partie fémorale d'une prothèse de hanche sur hanche vierge ou en chirurgie de révision peut être fixée de manière « biologique » (sans ciment) ou « mécanique » (cimentée). Si la technique « sans ciment » permettrait une fixation à long terme plus durable et évite les accidents de cimentation, elle expose en revanche à des fractures per-opératoires ou à des non-fixations, responsables d'un taux de reprise à 2 ans supérieur à celui des prothèses cimentées (1). Les prothèses fémorales cimentées peuvent, elles, être à l'origine d'accidents graves lors de l'introduction du ciment. Ces accidents surviennent en particulier lors de la pénétration de la tige prothétique dans le fût fémoral (ce qui comprime le ciment), par passage dans le sang de lobules graisseux de la moelle osseuse, voire de fragments de polyméthacrylate de méthyle (composant du ciment). Ce phénomène a été décrit sous le nom de Bone Cement Implantation

Syndrome (BCIS) (2) et traduit en français par syndrome de scellement osseux (SSO) (3). Il se caractérise lors de la cimentation, de l'insertion ou de la réduction de la prothèse par une hypoxie, et/ou une hypotension, et/ou une perte inexplicable de la conscience pouvant conduire au décès du patient (4-8).

En 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a alerté le Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP-COT) du décès par syndrome de scellement osseux de 10 patients pris en charge pour la pose de prothèses de hanche cimentées, entre 2016 et 2019.

Orthorisa a donc décidé de réaliser une solution pour la sécurité du patient (SSP) pour sensibiliser les professionnels sur les précautions à prendre en cas d'implantation d'une tige cimentée de prothèse de hanche.



Solutions
sécurité patient

La prévention des risques de brûlure cutanée en Chirurgie Arthroscopique

7 juin 2023

De quoi s'agit-il ?

L'utilisation en chirurgie arthroscopique des sondes radiofréquence mono ou bipolaires a fait apparaître des brûlures cutanées en rapport avec l'écoulement des liquides d'irrigation.

Elle constitue la cause principale des complications cutanées dans ce type de chirurgie. Des brûlures directes par la lumière « froide » ont été régulièrement décrites.

Enfin, les brûlures par solution hydroalcoolique persistant au niveau des jereys autour du garrot ou des points de compression ne se sont pas exceptionnelles.

La gravité des lésions constatées lors de l'utilisation des systèmes d'électrocoagulation (50% de brûlures au second degré avec parfois des brûlures du troisième degré) (1,2) ont conduit ORTHORISQ à faire une première communication en 2014 (3) lors du congrès de la Société Française d'Arthroscopie (SFA). Ces brûlures arthroscopiques ont également fait l'objet d'une Alerta ORTHORISQ en mars 2015 (4) et d'une recommandation de l'ANSM en avril 2015 (5).

Elles font partie intégrante de la situation à risque « incidents survenant dans le cadre de la chirurgie arthroscopique ».

L'enquête auprès de la SFA en 2014 montrait que 3% des membres de la société avaient été confrontés à ce type de complication (soit 23 cas). L'analyse récente de la base REX et des événements en chirurgie arthroscopique montre la persistance de cette complication avec 26 cas de 2016 à 2021, malgré les recommandations émises en 2015.

Le taux des brûlures par utilisation de sonde d'électrocoagulation est stable et représente 20% des brûlures globales.

Les lésions par écoulement sont le plus souvent constatées en arthroscopie de l'épaule (80%). Elles sont parfois constatées à distance de la zone opératoire et l'évacuation du liquide d'irrigation était toujours défectueuse.

ORTHORISQ – Prévenir le risque de brûlure cutanée en chirurgie arthroscopique 1



Solutions
sécurité patient

RECOMMANDER
LES BONNES
PRATIQUES

Faire la check-list matériel 48 heures avant toute intervention programmée

Pour éviter qu'un dispositif médical implantable et/ou stérilisable soit indisponible le jour J !

9 mars 2023

De quoi s'agit-il ?

L'analyse par Orthorisa de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX) sur la période 2008-2021 a retrouvé que 25% de la totalité des déclarations, soit 7 500 événements indésirables associés aux soins (EIAS) sur les 29 600 EIAS déclarés, concernent des difficultés en rapport avec un dispositif médical implantable (DMI) ou un dispositif médical à stériliser (DMS) utilisé pour guider l'implantation des DMI.

Dans les deux tiers des cas, ces DMI ou DMS ne sont pas disponibles (absents, non stériles, non fonctionnels...) au moment de l'intervention.

Trois études successives portant sur les EIAS déclarés dans la base REX (2009, 2017 et 2020) (1-3) ont retrouvé les mêmes résultats avec une répétition des dysfonctionne-

ments, malgré les recommandations émises en conclusion de chaque étude et malgré la rédaction en 2018 de la solution pour la sécurité du patient (SSP) « No Go » (4), dont l'un des objectifs était d'atténuer les conséquences de ce type d'événement.

C'est dans ce cadre, et devant l'absence d'amélioration en 12 ans, qu'Orthorisa a décidé de proposer la mise en place d'une check-list « matériel 48 heures avant toute intervention programmée ».

Une enquête menée en 2021 (5) a d'ailleurs montré le souhait très majoritaire des orthopédistes (plus de 90% de 1 327 répondants) de mettre en place cette check-list dans tous les établissements où ils travaillent.

Promoteurs de cette SSP : Orthorisa, organisme agréé pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales en chirurgie orthopédique et traumatologique. Cette SSP proposée par Orthorisa s'adresse aux professionnels concernés par l'utilisation de DMI ou de DMS chez l'enfant ou l'adulte.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Un STOP
avant
Une ALR

Avant de réaliser un bloc, une double vérification s'impose :

- Identifier le côté à opérer
- Contrôler le type d'ALR à effectuer

IDÉE RECUE 01

FAUX !
Grâce à la check-list, je sécurise la prise en charge de mon patient à toutes les étapes.
Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

Nadia, urologue

“LA CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT » EST UNE PERTE DE TEMPS”

HCL CERTIFICATION

GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE



Comment réagir face à une difficulté d'ablation du matériel d'ostéosynthèse ?

Décembre 2016

Préambule

La solution pour la sécurité du patient (SSP) « Comment réagir face à une difficulté d'ablation du matériel d'ostéosynthèse ? » a été initiée puis élaborée par l'organisme agréé de la chirurgie orthopédique et traumatologique (Orthorisa) à partir des enseignements tirés de l'analyse approfondie d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus dans la pratique quotidienne des chirurgiens orthopédistes et traumatologues et déclarés dans la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX-HAS) sur la période 2007-2014.

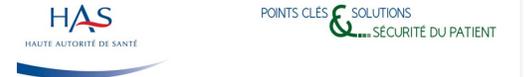
Il est nécessaire de préciser que ces SSP ne sont pas des

la prise en charge concernée. Une recherche de la littérature éventuellement disponible est également réalisée. En effet, afin d'éviter la récurrence d'EIAS, parfois graves, il semble indispensable de pouvoir proposer aux professionnels une solution pour la sécurité du patient, car malgré toutes les mesures de prévention, des complications surviennent.

Les SSP ont pour objectifs de renforcer les mesures de prévention et de permettre soit d'annuler les complications (récupération) soit de réduire leur impact (atténuation) en fournissant aux professionnels un outil pratique à mettre en œuvre dans leur quotidien.



Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?



Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens

Mieux travailler en équipe

Novembre 2015

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens assument conjointement la qualité des soins et la sécurité des patients dont ils ont la responsabilité. Pour gérer la complexité des parcours et répondre aux impératifs de l'organisation, la définition des rôles et la répartition des tâches de chacun sont nécessaires.

Les « points clés et solutions » pour la sécurité des patients sont un outil pour l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce document est le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens de différentes spécialités. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés a servi de base à son élaboration et lui donne sa légitimité en termes de préconisations. Elles ne sont pas théoriques mais pratiques.

Ce document ne prétend pas imposer des solutions, mais doit être lu comme une liste de questions qui visent à sécuriser le parcours des patients en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur travail en équipe.

Dans la chronologie du parcours d'un opéré, l'accost



tions « listent dans un ordre chronologique les 15 étapes critiques qui ont été identifiées comme à l'origine des dysfonctionnements les plus fréquents entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

La somme des compétences individuelles ne crée une compétence collective que s'il existe une définition concertée des objectifs et un partage des responsabilités et résultats.

La coopération entre anesthésistes-réanimateurs et

Conclusions

- Amélioration de l'information des patients
- Peu de complications lors de la reprise
- Les patients gardent leur confiance si ils sont bien informés
- Peu de remise en question après



Conclusions

L'arrêt de procédure doit être considéré comme une situation de récupération dégradée mais peut permettre dans certains cas d'éviter une évolution vers une catastrophe.



L'effet tunnel en santé

Comment faire pour en voir le bout ?

25 mai 2023

De quoi s'agit-il ?

Nous évoluons dans un environnement complexe, avec un grand nombre de données à intégrer et analyser, mais nous disposons de capacités cognitives limitées. Ainsi, il est impossible et inefficace de raisonner systématiquement de manière analytique pour prendre des décisions. C'est pourquoi nous utilisons au quotidien des raccourcis mentaux, aussi appelés heuristiques, moins coûteux en temps et en énergie, qui nous permettent de prendre des décisions rapides et le plus souvent fiables. Ceux-ci nous sont indispensables mais peuvent parfois être source d'erreurs, s'ils sont utilisés dans la mauvaise situation : il s'agit alors de biais cognitifs.

Ces biais cognitifs sont nombreux (près de 250 ont été décrits) et encore peu connus dans le milieu médical. Ils peuvent pourtant impacter le raisonnement et altérer la prise de décision clinique. Les biais cognitifs étant très diversifiés, cette solution pour la sécurité des patients (SSP) porte plus spécifiquement sur l'un d'entre eux, particulièrement méconnu : l'effet tunnel. Ce phénomène, bien connu en aéronautique sous le nom de « fascination par la cible », est encore peu étudié en médecine. Pourtant, il peut avoir de sévères conséquences sur la sécurité du patient et sur les professionnels qui y sont confrontés.

L'effet tunnel (ou « tunnelisation » attentionnelle) est défini dans cette SSP comme toute situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend, ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable associé aux soins (EIAS).

Cette fixation de l'attention entraîne une fermeture mentale aux autres possibilités avec disparition de tout esprit critique. Ce quasi-blocage n'est pas perçu par le praticien et peut apparaître, vu de l'extérieur, comme une obstination. La pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. Ainsi, par exemple, l'opérateur persiste à vouloir réaliser un geste sur un patient malgré les échecs répétés d'essais itératifs, alors que la situation clinique du patient se dégrade.

D'autres facteurs peuvent contribuer à cet effet tunnel : l'inexpérience, le manque de concentration, une charge de travail élevée, la fatigue, une trop grande confiance en soi, des conflits au sein de l'équipe...



Merci de votre attention !!



INFORMATIONS



Publication de la SSP2 "Coordination Urgences - Chirurgie orthopédique"

17/10/2023

Bonne lecture dans l'onglet Productions Orthorisq - "Recommandations et SSP"



NOUVELLES RECOMMANDATIONS SUR COIFFE DES ROTATEURS

26/09/2023

La HAS vient de publier les dernières recommandations sur la Prise en charge de la pathologie de la coiffe des rotateurs. Tous les documents dans Informations Diverses Onglet Recommandations HAS Bonne lecture !!



1 nouveau bulletin de l'ordre dans informations diverses

23/07/2023

En particulier un article sur l'IA et son arrivée en médecine...



LA LETTRE DU CNP 44 EST EN LIGNE....

06/07/2023

Un article intéressant sur CHAT-GPT, un vrai sujet de nos jours et bien d'autres informations!! Cliquez sur cet article pour en savoir plus



les brûlures cutanées en arthroscopie ... Nouvelle SSP1 en 2023

24/06/2023

Une nouvelle SSP... retrouvez là en cliquant sur cet article



LE PROGRAMME E EST MODIFIE ...A PARTIR DU 01/07/2023

13/06/2023

DEVENIR MEMBRE D'ORTHORISQ

Devenir membre d'Orthorisq en 3 étapes

1

Rassemblez

- Copie du **diplôme de Docteur en Médecine**
- Attestation de l'inscription à l'**Ordre des médecins**
- Attestation de **validation de votre spécialité en orthopédie**
 - *Pour les jeunes chirurgiens en fin de formation*

2

Envoyez

Par mail à notre secrétariat : orthorisq@orthorisq.fr
- Par courrier : Orthorisq 56 rue Boissonnade 75014 Paris

3

Rendez-vous

<https://accreditation-des-medecins.fr/>
Puis effectuez une demande d'engagement et laissez-vous guider !

www.orthorisq.fr

