

**Référentiel risques spécialité
Management des risques
Orthorisq**

Ce **rapport (guide)** est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Plan de management des risques de la spécialité	5
1.1. Connaissance des situations à risques de la spécialité.....	5
1.1.1. Liste des situations à risque actives	5
1.1.2. Questionnaires d'analyse approfondie actifs	6
1.1.3. Liste des enquêtes réalisées par Orthorisq	6
1.1.4. Hiérarchisation des situations à risques actives	7
1.2. Recommandations générales actives de la spécialité	8
1.3. Liste des activités actives d'accompagnement et de surveillance des risques actives	9
2. Stratégie de management des risques	10
2.1. Stratégie globale de management des risques.....	10
2.2. Stratégie par situation à risque	14
2.2.1. Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie du rachis	14
2.2.2. Prévention et prise en charge des infections ostéo-articulaires	16
2.2.3. Défaillance lors de la prescription personnelle des patients hospitalisés.....	18
2.2.4. Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie arthroscopique	19
2.2.5. Échec et conversion d'une hospitalisation ambulatoire en mode conventionnel	21
2.2.6. Indisponibilité de tout ou partie du dossier patient au bloc opératoire	22
2.2.7. Incidents survenant dans le circuit des prélèvements opératoires (bactériologie, histologie...) : prescription, rendu, analyse et récupération.....	23
2.2.8. Dysfonctionnements liés à une modification inopinée du programme opératoire.....	25
2.2.9. Incidents survenus durant le circuit du patient avant le bloc opératoire	26
2.2.10. Incidents Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ...	27
2.2.11. Préparation inadaptée du site opératoire	30
2.2.12. Dysfonctionnements en rapport avec le circuit des dispositifs médicaux	31
2.2.13. Erreur de site opératoire	34
2.2.14. Antibio prophylaxie inadaptée	36
2.2.15. Défaillance dans la prise en charge informatisée des patients (dossiers et hospitalisation).....	38
2.2.16. Incidents liés à une anesthésie locorégionale	39
2.2.17. Incidents liés au retard de prise en charge d'une urgence en hospitalisation	40
2.2.18. Incidents liés à un NO GO ou à une interruption de procédure	42
2.2.19. Incidents en rapport avec la sortie du patient	44
2.2.20. Incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse.....	46
2.2.21. Incidents survenus lors d'un parcours « Fast Track ».....	48
2.2.22. Incidents ou dysfonctionnement en rapport avec le travail en équipe	50
2.2.23. Cimentation des tiges fémorales des prothèses de hanche.....	52
2.2.24. COVID	55

2.2.25.	Situation Tunnelisante	57
2.2.26.	Reprogrammation opératoire	60
2.2.27.	Faire une évaluation individuelle de sa relation « patients ».....	63
2.3.	Prise en compte par les adhérents des principaux résultats des enquêtes réalisées par Orthorisq.....	66
2.3.1.	Patient connecté (enquête menée en mars 2017 ; 913 réponses complètes)	67
2.3.2.	Cimentation des tige fémorales (enquête menée en mars 2017 ; 1277 réponses complètes)	67
2.3.3.	Marquage (enquête menée en juin 2017 ; 1008 réponses complètes)	67
2.3.4.	Programme opératoire (enquête menée en juin 2017 ; 1068 réponses complètes).....	67
2.3.5.	Arrêt de procédure (enquête menée d’avril 2018 à septembre 2019 ; 1393 réponses complètes)	68
2.3.6.	Enquête auprès des adhérents (enquête menée de mai 2018 à septembre 2019 ; 963 réponses complètes) ..	68
2.3.7.	Check-list au bloc opératoire : comparaison avec enquête 2010 (enquête menée de septembre 2018 à septembre 2019 ; 1091 réponses complètes)	68
2.3.8.	RCP (enquête menée de septembre 2018 à décembre 2018 ; 1457 réponses complètes).....	69
2.3.9.	Prise en charge des patients sous anticoagulants efficaces au long cours (enquête menée de février 2019 à Septembre 2019; 1700 réponses complètes).....	69
2.3.10.	Erreur de site (enquête menée depuis mai 2019 en cours ; 1717 réponses complètes).....	69
2.3.11.	Burnout (enquête menée depuis juin 2019 en cours ; 1635 réponses complètes)	70
2.3.12.	Équipe (enquête menée depuis juillet 2019 en cours ; 1666 réponses complètes)	70
2.3.13.	Garrot et ALR (enquête menée depuis juillet 2019 en cours ; 1666 réponses complètes)	71
2.3.14.	Prévention des infections de prothèse (enquête menée depuis février 2020 en cours ; 1714 réponses complètes)	71
2.3.15.	Gestion des DMI (enquête menée depuis juin 2020 en cours ; 1430 réponses complètes).....	71
2.3.16.	COVID (enquête menée depuis avril 2020 en cours ; 1663 réponses complètes)	72
2.3.17.	Impact financier COVID et RCP (enquête menée depuis septembre 2020 en cours ; 1627 réponses complètes)	72
2.3.18.	Situations tunnelisantes (enquête menée depuis décembre 2020 en cours ; 1698 réponses complètes)	74
2.3.19.	RGPD (enquête menée depuis février 2021 en cours ; au 17/01/2023 1681 réponses complètes)	75
2.3.20.	Les problèmes liés au personnel intérimaire / vacataire au bloc opératoire (Enquête 2022 ; 1660 réponses complètes sur 1698 envois)	76
2.3.21.	Les relations avec le patient (Enquête 2022, 1675 réponses complètes au 17/01/2023)	76
2.3.22.	La déprogrammation...une source de difficulté ? (Enquête en cours ; 1706 réponses complètes)	77
3.	Programmes.....	77
3.1.	Programme d’Accréditation individuelle	77
3.1.1.	Objectifs du programme d’accréditation individuelle (présentation publiée sur le site à l’attention des déclarants)	78
3.1.2.	Rappel des points importants de la procédure	78
3.1.3.	Modalités du programme d’accréditation individuelle :	79
3.2.	Programme d’Accréditation en Équipe	84

1. Plan de management des risques de la spécialité

1.1. Connaissance des situations à risques de la spécialité

1.1.1. Liste des situations à risque actives

Lors de la commission risques spécialité du 02 février 23, l'OA a décidé de conserver les 30 situations à risques listées dans le Tableau 1. La SAR 2017 01010 initialement intitulée intervention modifiée faute de matériel change de dénomination pour le titre : incidents en rapport avec le circuit des dispositifs médicaux. Il est également décidé d'incorporer à la SAR 2017 010114 les incidents en rapport avec la check-list ALR., Une nouvelle situation à risque est créée intitulée : dysfonctionnements et incidents en rapport avec le travail en équipe.

• **Tableau 1. Liste des situations à risques actives.**

Intitulés des situations à risques	Référence
SAR_2020_010375	Intervention modifiée faute de matériel
SAR_2020_010390	SAR COVID
SAR_2021_010468	Défaillance lors de la prescription personnelle des patients hospitalisés
SAR_2021_010470	Echec et conversion d'une hospitalisation ambulatoire en mode conventionnel
SAR_2021_010473	Dysfonctionnements liés à une modification inopinée du programme opératoire
SAR_2021_010474	Incidents survenus durant le circuit du patient avant le bloc opératoire
SAR_2021_010475	Incidents dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
SAR_2021_010476	Préparation inadaptée du site opératoire
SAR_2021_010477	Incidents en rapport avec le circuit des dispositifs médicaux
SAR_2021_010479	Antibioprophylaxie inadaptée
SAR_2021_010480	Défaillance dans la prise en charge informatisée des patients (dossier et hospitalisation)
SAR_2021_010481	Incidents liés à une anesthésie locorégionale (hors échec de l'ALR)
SAR_2021_010482	Incidents liés au retard de prise en charge d'une urgence en hospitalisation
SAR_2021_010483	Incidents liés à un NO GO ou à une interruption de procédure.
SAR_2021_010484	Incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse
SAR_2021_010485	Incidents survenus en rapport avec la sortie du patient
SAR_2021_010486	Incidents survenus lors d'un parcours Fast Track
SAR_2021_010487	Dysfonctionnements et incidents en rapport avec le travail en équipe
SAR_2021_010488	Cimentation des tiges fémorales des prothèses de hanche
SAR_2021_010489	Erreur de site opératoire
SAR_2022_010494	Incidents se produisant dans le cadre d'une reprogrammation Opératoire
SAR-2017-	Défaillance dans le cadre de la prise en charge d'une infection postopératoire
SAR-2017-010122	Incidents survenant dans le circuit d'un patient en ambulatoire
SAR-2017-010106	Incident survenant dans le cadre de la chirurgie du rachis
SAR-2017-010108	Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie arthroscopique
SAR-2017-010109	Indisponibilité de tout ou partie du dossier patient au bloc opératoire
SAR-2017-010123	Incidents survenant dans le circuit des prélèvements per opératoires (bactériologie, histologie,) : prescription et récupération
SAR-2018	Conversion en hospitalisation ou ré hospitalisations dans les trois mois qui suivent une prise en charge ambulatoire
SAR-2020	Incident se produisant dans le cadre d'une situation tunnélisante
SAR-2022	Relation patients

1.1.2. Questionnaires d'analyse approfondie actifs

La décision de la CRS de 2019 de ne plus utiliser de questionnaires d'analyse approfondie est poursuivie. Les questionnaires sont remplacés par des enquêtes réalisées à l'aide de formulaire à réponses binaires adaptés à chaque SAR et plus faciles à traiter informatiquement. Dans certains questionnaires, des questions à réponses libres sont proposées et leur analyse repose sur un programme utilisant les mêmes critères et outils que la HAS dans l'analyse des verbatim.

1.1.3. Liste des enquêtes réalisées par Orthorisq

Enquêtes finalisées réalisées les cinq dernières années :

2022

- La déprogrammation...une source de difficulté ?
- Les relations avec le patient
- Les problèmes liés au personnel intérimaire / vacataire au bloc opératoire
- Enquête sur le burnout des chirurgiens orthopédistes en lien avec le CNP-SOFCOT

2021

- RCPD
- Crew Ressource Management en orthopédie Enquête 1
- La check-list matériel
- Les solutions de sécurité Patients...Quels bilans ?

2020

- Situations tunnelisantes
- Impact financier COVID et RCP
- COVID
- Gestion des DMI
- Prévention des infections de prothèse

2019

- Garrot et ALR
- Équipe
- Burnout
- Erreur de site
- Prise en charge des patients sous anticoagulants efficaces au long cours

2018

- RCP
- Check-list au bloc opératoire : comparaison avec enquête 2010
- Enquête auprès des adhérents
- Arrêt de procédure

2017

- Programme opératoire
- Marquage
- Cimentation des tiges fémorales
- Patient connecté

Les adhérents sont invités à comparer leurs réponses personnelles aux résultats des enquêtes lorsque celles-ci ont répondu à un prototypage prédéfini. Ne sont ainsi pris en compte que les résultats des enquêtes auxquelles ont répondu au minimum 5 à 10% des adhérents, c'est-à-dire au minimum 75 chirurgiens.

1.1.4. Hiérarchisation des situations à risques actives

Les situations à risques sont priorisées dans la matrice de Farmer (Figure 1) à l'aide de l'échelle détaillée dans la Figure 2. Cette hiérarchisation qui exprime la criticité des SAR est établie pour l'année 2019 en tenant compte du nombre relatif des déclarations d'EIAS correspondant à ces différentes situations

• **Figure 1. Matrice de Farmer.**

Fréquence des causes	5-Très probable à certain				
	4-Probable			-Conversion en hospitalisation ou réhospitalisation dans les trois mois suivant une chirurgie ambulatoire-intervention modifiée faute de matériel Déprogrammation Incidence du personnel Relation patients	
	3-Peu-probable			Échec et conversion d'une hospitalisation ambulatoire en mode conventionnel Incidents survenant dans le circuit des prélèvements opératoires Préparation inadaptée du site opératoire Antibioprophylaxie inadaptée	
	2-Très peu probable		Indisponibilité de tout ou partie du dossier au bloc opératoire	Défaillance lors de la prescription personnelle des patients hospitalisés Dysfonctionnements liés à une modification inopinée du programme opératoire Incidents survenus durant le circuit du patient avant le bloc opératoire Erreur de site opératoire Incidents survenus en rapport avec la sortie du patient	Incidents dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire

1-Très improbable	Incidents en chirurgie arthroscopique Incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse	Incidents lors de la chirurgie du rachis Prise en charge des infections ostéoarticulaires Défaillance dans la prise en charge informatisée des patients (dossiers et hospitalisation) Incidents liés à une anesthésie locorégionale (hors échec de l'ALR) Incidents liés au retard de prise en charge d'une urgence en hospitalisation Incidents liés à un NO GO ou à une interruption de procédure	Incidents survenus lors d'un parcours « Fast Track »	

Gravité des conséquences

• **Figure 2. Échelle de priorisation des situations à risques.**

Risque non critique	Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible
Risque à surveiller	Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller (EIAS ciblés, études de risques, activités d'accompagnement)
Risque à traiter en priorité	Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller (élaboration et/ou mise en œuvre de recommandations générales, activités d'accompagnement et de surveillance des risques, études de risques)

1.2. Recommandations générales actives de la spécialité

Lors de la CRS, l'OA a sélectionné 8 recommandations générales figurant dans le Tableau 2.

• **Tableau 2. Liste des recommandations générales actives.**

Recommandations générales	A partir du Programme	Référence	Date Création ou modification
Recommandation pour la pratique de l'Antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur	A	REC_2019_010255	M 28/11/2019

Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » V2018	A	REC_2020_010291	M 05/06/2020
Procédure de récupération en cas de présence d'humidité à l'intérieur d'emballages de stérilisation	A	REC_2019_010214	M 08/04/2019
SSP de type 3 coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens	A	REC_2019_010227	M 29/05/2019
Présence d'un kit universel d'ablation de matériel dans les blocs opératoires effectuant de la chirurgie orthopédique	B	REC_2020_010293	C 09/06/2020
SSP Comment sécuriser un prélèvement au bloc opératoire ?	D	REC_2019_010218	C 08/04/2019
SSP Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?	D	REC_2019_010219	C 08/04/2019
SSP NO GO au bloc opératoire : comment renforcer les barrières de sécurité ?	D	REC_2019_010220	C 08/04/2019

1.3. Liste des activités actives d'accompagnement et de surveillance des risques actives

Lors de la commission risques spécialité du 2 février 2023, l'OA a décidé de poursuivre et renforcer les activités obligatoires avec l'ajout de deux activités (Tableau 4).

• **Tableau 3. Liste des activités d'accompagnement et de surveillance des risques actives.**

Activités	Référence	Modalités	Date Création ou modification
Participer à toutes les enquêtes proposées par Orthorisq	ACT_2017_	Obligatoire	
Participation à une RMM ou à défaut participation à la totalité de la session Orthorisq du e congrès de la SOFCOT ou d'une session labélisée par Orthorisq dans un congrès d'une société associée	ACT_2017_	Obligatoire	
Journée annuelle présentielle de formation organisée par Orthorisq ou webformation (1 présence au minimum tous les 3 ans)	ACT_2017_	Obligatoire	
Obtention de 10 points d'activité cognitive par an.	ACT_2017_	Obligatoire	
Déclaration d'un événement indésirable associés aux soins accepté par l'organisme agréé.		Obligatoire	
Suivi de la santé du médecin		Obligatoire	
Evaluation de la "relation patient"		Obligatoire	

Messages d'alertes et SSP actives

- L'OA n'a pas diffusé d'alerte spécifique. L'information des adhérents est assurée par l'envoi régulier de Newsletter.

• Tableau 5 : liste des messages d'alertes et procédures dégradées

Messages d'alertes et procédures dégradées	Référence	Programme	Date de création ou modification
Utilisation des bracelets d'identification comme marquage du site opératoire			
Utilisation de moteurs à batterie Stryker série 6			
Réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique			
Risque de confusion entre les poches de sérum physiologique et les poches de glycoColle lors d'interventions d'arthroscopie.			
Information sur les antiplaquettaires de 3ème génération			
Alerte SOFCOT - Orthorisq - SFHG : Tiges fémorales modulaires ABG2 et Rejuvenate de la société STRYKER			
Rappel de certains cotyles et tiges fabriqués par la société CERAVER			
Ablation des vis du système LCP			
Alerte cols modulaires Stryker			
/Alerte sur les brûlures cutanées secondaires à l'utilisation des sondes d'électrocoagulation			
Que faire en cas de chute du greffon lors d'une ligamentoplastie			
Procédure de récupération 2014 en cas de présence d'humidité à l'intérieur d'emballages de stérilisation			C2014
Bon usage des anesthésiques locaux en injection intra et péri articulaire			C 2017

2. Stratégie de management des risques

2.1. Stratégie globale de management des risques

La spécialité a défini la stratégie de gestion des risques suivante :

Depuis 2015, Orthorisq accepte les déclarations d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) dans le cadre du présent référentiel risques de sa spécialité. Ces déclarations doivent correspondre à des situations à risques (SAR) bien identifiées et dites "ciblées". Les 30 SAR recensées dans le tableau 1 du paragraphe 1.1.1 sont des

situations ciblées par l'organisme agréé en raison du nombre important de déclarations dont elles faisaient l'objet. 3 SAR ciblées en 2015 ont été abandonnées car les déclarations d'EIAS s'y rapportant étaient sources de nombreux doublons (Incidents liés à la non-réalisation du troisième temps de la check List, Défaillance dans la gestion des prélèvements en salle d'opération, Défaits dans le circuit des prélèvements opératoires). Des déclarations libres qui présentent un intérêt particulier (situation complexe ou exceptionnelle mais grave...) sans correspondre à une des SAR peuvent être acceptées par le comité EIAS dont le fonctionnement est précisé ci-dessous. La déclaration d'éventuelles situations à risques récurrentes et jusque-là méconnues est particulièrement encouragée.

Toutes les déclarations d'EIAS qui parviennent à Orthorisq sont lues par un comité de lecture formé d'experts seniors. Ils identifient les grandes problématiques et répartissent les déclarations acceptées entre des groupes dédiés après avoir évalué la qualité de ces déclarations. Ces groupes élaborent des grilles d'analyse approfondie, établissent des listes de barrières et de causes immédiates et profondes, proposent des enquêtes. Ils établissent la taxonomie et les mots clefs à utiliser pour intégrer les EIAS traités dans la base REX. Le travail de chaque groupe est évalué annuellement lors d'une réunion de tous les experts. C'est au cours de cette réunion que sont envisagées les collaborations avec d'autres sociétés savantes et les publications envisageables.

En 2018 de nouvelles situations ont été identifiées et de nouveaux sujets sont proposés aux adhérents comme cadre de leurs déclarations. Il s'agit :

- Des incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse,
- Des incidents survenus autour de la sortie du patient
- Des incidents survenus lors d'un parcours « Fast track »,
- La conversion en hospitalisation ou ré hospitalisation dans les 3 mois qui suivent une prise en charge ambulatoire

En 2019 : de nouveaux sujets sont proposés aux adhérents qui pourront être transformés en situations à risque. De nouveaux groupes de travaux ont été créés dans ce but. Il s'agit

- Des incidents survenus en rapport avec le travail en équipe
- Des incidents survenus par non-respect de la check-list anesthésie locorégionale
- Des incidents survenus autour de la relation patient
- Des incidents survenus autour du circuit des dispositifs médicaux

En 2020 : de nouveaux sujets sont proposés aux adhérents. De nouveaux groupes de travaux ont été créés dans ce but. Il s'agit

- Des incidents survenus en rapport avec la COVID
- Des incidents survenus en rapport avec une situation tunnelisante

En 2022 : de nouveaux sujets sont proposés à nos adhérents, et traités par des groupes spécifiques d'experts :

- Des incidents se produisant dans le cadre d'une reprogrammation opératoire,
- Des incidents se produisant dans le cadre de la relation établie avec le patient,
- Des incidents en lien avec les personnels intérimaires ou vacataires.

En 2023, suite à de nombreuses déclarations identifiées, plusieurs sujets vont être ajoutés

- Incidents découlant de l'orientation des patients dans les territoires de santé
- Fin de gamme ou difficulté d'approvisionnement des DMI.

Une procédure de traitement des EIAS a été définie depuis 2014.

Phase 1 : tri et classement des EIAS.

Un comité EIAS (les 2 gestionnaires) ouvre toutes les déclarations et procède à un premier tri (rejet des déclarations inappropriées ou inutiles). Les causes de rejet sont :

- Les doublons (1 déclaration acceptée par an),
- Les déclarations Hors -sujet : (incident d'anesthésie par exemple),
- Les déclarations trop succinctes, bâclées ou fantaisistes,
- Les incidents ou difficultés chirurgicales,
- Les sujets déjà traités par Orthorisq.

Le comité EIAS procède à un classement des EIAS et les répartit entre différents groupes d'experts (cf. infra).

Phase 2 : Répartition des EIAS

Le responsable de chaque groupe ouvre et classe les déclarations, distribue les EIAS aux experts du groupe, consigne la répartition effectuée entre les experts de son groupe par dates.

L'objectif de délai de prise en charge est de 21 jours au maximum.

- Prise en charge d'une déclaration par le comité EIAS 7 jours au maximum
- Prise en charge par le responsable de groupe 7 jours
- Prise en charge par expert (analyse) : 7 jours au maximum

Phase 3 : Traitement des EIAS

Les règles de traitement sont les suivantes :

- Utilisation de grilles spécifiques à chaque SAR ciblée ou de menus déroulants,
- 10 jours pour l'analyse et une éventuelle demande de compléments d'information,
- Rappel à 15 jours / 30 jours / et rejet de la déclaration à 45 jours en l'absence de réponse,
- Une déclaration complète doit être traitée en 7 jours.

Rôle du chef de groupe :

Le chef de groupe ouvre toutes les déclarations du groupe, répartit équitablement les déclarations entre les experts (environ 80 par an et par expert). Il "balaye" la base régulièrement. Il veille au respect des délais de traitement par les experts à qui il adresse des rappels mensuels si nécessaire.

Groupes de travail :

Les groupes sont renouvelés chaque année. Chaque groupe a en charge une ou plusieurs SAR.

L'organisation retenue en 2023 comprend 30 groupes actifs :

1. ALR hors complication
2. Anticoagulants
3. Arthroscopie
4. Check List
5. Cimentation (Accident)

6. Complications des ablations de matériels d'ostéosynthèse
7. Complications des ALR
8. Complications peropératoires
9. COVID
10. EPR spécial
11. Erreur de site
12. fin de gamme ou difficulté d'approvisionnement
13. Gestion des DMI
14. Incidence du personnel
15. Incidents induits par les problème d'imagerie ou d'informatique
16. Incidents se produisant dans le cadre de la relation avec le patient
17. Incidents survenant dans le cadre d'un NO GO ou arrêt de procédure
18. Incidents survenant dans le cadre de la prise en charge Ambulatoire ou d'une procédure rapide
19. Incidents survenant dans le cadre du travail en équipe
20. Infection
21. Libellé opératoire
22. Matériel DMS
23. Organisation des services
24. Organisation du bloc
25. Rachis
26. Relation avec la direction
27. Reprogrammation
28. santé du chirurgien
29. Situation tunnélisante
30. Urgences

6 Groupes de veille ont été définis

1. Ambulatoire
2. Allergie
3. Brûlures peropératoires
4. Circuit des prélèvements
5. Incidents liés au garrot
6. libellé opératoire

Le responsable de chaque groupe a pour mission de centraliser les EIAS, définir avec son groupe les mots clés à utiliser, ouvrir tous les EIAS avant de les distribuer, identifier et signaler les situations à risque, coordonner la rédaction des documents, rendre compte à la direction de l'OA.

Les experts sont répartis dans les groupes en fonction d'affinités chirurgicales et de leur éventuelle spécialisation.

Ils participent à la vie du groupe, proposent d'éventuels nouveaux sujets en fonction de l'intérêt des EIAS qu'ils ont traités, participent à la rédaction de mémoires, recommandations, SSP, traitent les déclarations d'EIAS.

En dehors des déclarations entrant dans le cadre des SAR définies (cf. supra) Orthorisq encourage ses adhérents à déclarer d'éventuels dysfonctionnements nouveaux, non encore ciblés et susceptibles d'être utiles à toute la profession. Ces événements sont analysés par le gestionnaire de l'OA éventuellement secondé par un ou plusieurs experts-seniors qui signalent leur éventuelle récurrence. Les problématiques ainsi mises en évidence sont débattues lors d'une réunion annuelle des experts et permettent de proposer l'inscription de nouvelles SAR ciblées dans le référentiel risque. Les SAR ainsi formalisées sont actualisées une fois par an.

Chaque groupe d'experts dédié à une ou plusieurs SAR est responsable de la création de menus déroulants et de grilles d'analyse permettant une systématisation des analyses des EIAS reçus. Ces menus déroulants portent sur les causes immédiates des événements déclarés, leurs causes profondes, les barrières ayant fonctionné ou défailtantes et les mots clefs à employer pour permettre des analyses à partir de la base REX.

Avec l'accord du gestionnaire de l'OA et du conseil d'administration chaque groupe d'expert peut dans l'intérêt de l'étude d'une SAR particulière se rapprocher d'une société savante extérieure à la spécialité de l'orthopédie. C'est ainsi qu'en 2015 le groupe radio a rédigé avec la Société Française de Radiologie une proposition de demande standardisée d'examen d'imagerie.

La plus grande importance est accordée à la rédaction de publications, recommandations ou SSP à partir des travaux d'analyse réalisés par les différents groupes d'experts. Ainsi ont été rédigées :

- La SSP coopération entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs (novembre 2015)
- La Recommandation en cas de présence d'humidité dans des boîtes d'instruments stériles après incision du patient (mars 2015)
- La SSP sur le risque tabagique en chirurgie (2014)
- La SSP « Comment réagir face à une difficulté d'ablation de matériel d'ostéosynthèse » (2016)
- La SSP sur la sécurisation du circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire (2017)
- La SSP sur l'injection intra articulaire d'anesthésiques locaux (2017)
- La SSP3 sur le NO GO (2018)
- La SSP3 sur les risques liés à l'usage du bistouri électrique (2018)

En 2023, 3 nouvelles SSP sont en cours de relecture finale à la HAS pour une publication au premier trimestre 2023

- Situations tunnelisantes (SSP3)
- Check List Matériel à 48h (SSP2)
- Accidents liés à la cimentation (SSP2)

La SSP sur les urgences est en cours de relecture par la HAS.

Orthorisq va également finaliser la rédaction d'une SSP1 sur les brûlures peropératoires en arthroscopie, et une SSP1 sur la gestion des anticoagulants, issue de la table ronde de la matinée ORTHORISQ 2021.

A partir de septembre 2023, Orthorisq sera promoteur d'une SSP3 sur les incidents liés à une reprogrammation opératoire (en lien avec une SAR suivie)

2.2. Stratégie par situation à risque

2.2.1. Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie du rachis

• Enjeux

Cette SAR a été créée en 2015. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la chirurgie du rachis peut être pourvoyeuse d'événements, notamment neurologiques, aux conséquences graves et de survenue extrêmement rapide. La constatation per opératoire ou tardive postopératoire, d'une erreur d'étage ou de côté en chirurgie rachidienne, liée principalement à l'absence d'un contrôle fluoroscopique systématique et/ou d'une erreur de transmission d'information, peut entraîner soit une prolongation du temps chirurgical soit une modification de la technique ou du plan opératoire soit une reprise secondaire chirurgicale avec des conséquences potentiellement graves pour le patient (hémorragiques, neurologiques). Le nombre des déclarations d'EIAS graves concernant le rachis parvenues à Orthorisq va croissant surtout depuis la mise au point sur l'hémato rachis (texte intégral en accès libre sur le site web d'orthorisq) réalisée lors de la journée de formation Orthorisq de novembre 2013.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 3.2 % des déclarations d'EIAS (51/1579) de l'année 2022.

Le nombre de déclarations est encore insuffisant pour permettre de finaliser des analyses. Un groupe de travail dédié a été constitué. Une de ses premières tâches est d'établir un questionnaire d'analyse approfondi en se rapprochant

des sociétés savantes concernées telles le GIEDA inter-rachis (groupe international d'étude des approches intervertébrales du rachis), le GES (groupe d'étude des scolioses) ou la SOFTER (société française des techniques endoscopiques rachidiennes).

• **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<p>Directes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreur de côté ou d'étage par erreur isolée du chirurgien • Mauvaise lecture ou interprétation de l'imagerie par le chirurgien • Absence d'utilisation peropératoire d'un contrôle fluoroscopique <p>Indirectes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information erronée de côté/étage mentionné par le patient • Information erronée de côté/étage transmise par le personnel soignant dans la période préopératoire • Information erronée de côté/étage reportée dans le dossier médical • Information erronée de côté/étage inscrite sur le programme opératoire • Information erronée de côté/étage inscrite sur le programme opératoire • Information erronée de côté/étage par préparation de salle et/ou installation du patient inversée • Erreur de côté/étage par absence de documents iconographiques (oubliés ou égarés par le patient ou par le chirurgien ou par le personnel soignant) • Information erronée de côté/étage reportée dans les documents iconographiques (Rx, IRM, TDM, SRG)
<p>Liste des conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie inutile ou prolongée • Prolongation du temps chirurgical • Modification de la technique opératoire • Possibilité d'interruption de la procédure chirurgicale • Nécessité d'une reprise chirurgicale • Augmentation du risque hémorragique et/ou neurologique • Geste chirurgical inadapté (mauvais côté et/ou mauvais étage) • Risque médico-légal

- **Connaissances acquises**

Liste des barrières	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interrogatoire répété du patient par les soignants sur côté/étage douloureux lors des différentes étapes préopératoires durant l'hospitalisation 2. Notation du côté/étage douloureux par les soignants lors des différentes étapes préopératoires durant l'hospitalisation 3. Inscription du côté douloureux avant induction par marquage plantaire au feutre ou, après installation en décubitus ventral, par marquage unilatéral sur le dos <p>Identification de l'étage à opérer avant ou après incision cutanée mais avant incision de l'aponévrose musculaire par repérage fluoroscopique systématique</p>
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Une stratégie d'amont centrée sur l'évaluation pré opératoire du risque notamment hémorragique et neurologique est envisagée.

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Collaboration envisagée avec les sociétés savantes sus-citées

2.2.2. Prévention et prise en charge des infections ostéo-articulaires

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2014. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle concerne essentiellement les infections nosocomiales qui survenant au décours de 1 à 3% des interventions chirurgicales constituent en problème majeur de santé publique. La mise en place fréquente en chirurgie orthopédique de matériels ou d'implants rend particulièrement difficile à traiter ces infections dont la prévention nécessite une parfaite coordination médico-chirurgicale. Les infections ostéo-articulaires sont des pathologies rares mais graves susceptibles d'entraîner un handicap très lourd et parfois de mettre en jeu le pronostic vital.

Les dysfonctionnements dans leur prise en charge s'expliquent :

- par la difficulté du diagnostic qui repose sur un faisceau d'arguments cliniques et d'imageries, mais surtout sur l'isolement de l'agent infectieux. Cet isolement nécessite la réalisation de prélèvements effectués dans des conditions strictes d'asepsie.
- par la nécessité d'une coordination complexe entre différentes spécialités médicales et chirurgicales ainsi qu'un plateau technique adapté (blocs opératoires, laboratoires spécialisés, service d'imagerie...)
- par l'exigence d'établir une stratégie thérapeutique adaptée à chaque cas qui requiert de façon quasi systématique l'association d'un traitement antibiotique à un traitement chirurgical concomitant.

Cette SAR recoupe de nombreux points envisagés lors des SAR concernant l'Antibioprophylaxie et le bon usage des anticoagulants et anti agrégants plaquettaires.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR concernant les infections ostéo-articulaires représentaient 4.4% des déclarations (70/1579) de l'année 2022.

Pour la seule partie « Antibioprophylaxie inadaptée » les déclarations représentaient 0.1% des déclarations d'EIAS (19/1579) de l'année 2022. Voir infra la SAR spécifique « Antibioprophylaxie inadaptée : paragraphe 2.2.14

• **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Défaillance dans la gestion de l'antibioprophylaxie- (Indication, prescription, administration, disponibilité des molécules) • Défaillance dans le diagnostic et le traitement des portes d'entrée infectieuses non ostéo-articulaires • Défaillance dans le traitement médicamenteux des infections ostéo-articulaires • Défaillance dans le traitement non médicamenteux des infections ostéo-articulaires
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Locales : chirurgie articulaire, détérioration des fonctions articulaires, ankylose, arthrodèse • Générales : localisations à distance (septicémie), invalidité, amputation, décès

• **Connaissances acquises**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage d'une infection précoce (clinique, biologique, bactériologique, etc.) • Bilan préopératoire (dépistage SARM) • Analyse des facteurs de risque infectieux de l'opéré • Antibioprophylaxie • Préparation cutanée • Check-list • Qualité des prélèvements bactériologiques • Suivi des résultats des prélèvements • Réévaluation des antibiothérapies à la 72ème heure • Avis infectiologue • Intervention CRIOA
---------------------	--

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

La SSP de 2015 sur la coopération entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs semble une base de travail pouvant être enrichie dans ce cas d'espèce. Dans tous les cas il semble nécessaire d'insister sur les :

- Protocoles d'antibioprophylaxie
- Protocoles de prise en charge des infections ostéo-articulaires non connus ou non respectés
- Respect de la check-list

• **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Il convient de corriger les dysfonctionnements dans leur prise en charge qui s'expliquent :

- Par la difficulté du diagnostic qui repose sur un faisceau d'arguments cliniques et d'imageries, mais surtout sur l'isolement de l'agent infectieux. Cet isolement nécessite la réalisation de prélèvements effectués dans des conditions strictes d'asepsie ;
- Par la nécessité d'une coordination complexe entre différentes spécialités médicales et chirurgicales ainsi qu'un plateau technique adapté (blocs opératoires, laboratoires spécialisés, service d'imagerie, etc.)

- Par l'exigence d'établir une stratégie thérapeutique adaptée à chaque cas qui requiert de façon quasi systématique l'association d'un traitement antibiotique à un traitement chirurgical concomitant.

Les centres de référence CRIOA ont une mission de coordination, d'expertise, et de prise en charge des infections ostéo-articulaires avec matériel prothétiques les plus complexes.

2.2.3. Défaillance lors de la prescription personnelle des patients hospitalisés

• Enjeux

Cette SAR a été créée en 2014. Elle constitue une SAR à traiter en priorité.

La prescription personnelle des patients hospitalisés est une réelle difficulté pour les praticiens. La prise en compte des traitements de fond, ainsi que leur ré-évaluation en termes d'efficacité reste peu accessible au chirurgien. La diminution des durées moyennes de séjour complique encore cette analyse.

Cette situation à risque se rencontre dans différents cas de figure :

- Les interactions médicamenteuses non prises en compte ;
- Les erreurs de posologie par retranscription ou erreur matérielle ;
- Le non-respect des contre-indications ;
- La non délivrance lors de la sortie (oubli d'un médicament, ou non remise de l'ordonnance).

Les conséquences potentielles sont :

- Surdosage thérapeutique ;
- Arrêt thérapeutique intempestif ;
- Erreur lors de la re prescription de sortie ;
- Défaut d'adaptation thérapeutique péri opératoire ;
- Voire annulation de programme opératoire (anticoagulant).

Cette situation à risque pose la question de savoir s'il est réellement possible pour le chirurgien orthopédiste d'endosser les responsabilités qui lui sont dévolues dans le cadre de la loi HPST.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient moins de 0.5% des déclarations d'EIAS (1/1579) de l'année 2022.

Cette SAR, regroupant plusieurs causes possibles, a été intégrée aux SAR actives (Equipe, Hospitalisation...)

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance antérieure non fournie • Ordonnance fournie qui n'est pas la dernière • Non report des traitements sur le logiciel de prescription • Défaut de communication entre praticiens impliqués dans la prise en charge • Changement de molécule pour s'adapter aux disponibilités de l'établissement
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard/Annulation de prise en charge du patient • Surdosage ou l'inverse des traitements antérieurs • Réaction allergique en cas de changement de molécule • Défaut d'adaptation thérapeutique péri opératoire • Défaillance cardiaque, neurologique ou autre

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole spécifique de recopiage • Information immédiate par le logiciel des incompatibilités • Validation par le pharmacien de l'établissement de toutes les prescriptions
---------------------	--

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

- Nécessité de l'intervention d'un médecin non chirurgien pour réévaluer les traitements personnels
- Nécessité d'une coordination effective avec le médecin traitant

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

2.2.4. Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie arthroscopique

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2013. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où l'arthroscopie est une activité majeure en orthopédie. L'attention d'Orthorisq a été attirée initialement par 11 déclarations d'EPR présentées lors de la journée Orthorisq de novembre 2014 et qui portaient sur les brûlures cutanées en rapport avec le matériel d'électrocoagulation utilisé en chirurgie arthroscopique. Rapidement il est apparu que les déclarations pouvaient être très nombreuses portant sur des incidents multiples ; bris d'instrument, pannes des systèmes d'optiques électriques, matériel non redondant... La survenue des risques en chirurgie arthroscopique est principalement liée à des pannes ou défaillances de matériels d'arthroscopie qu'ils soient standard ou spécifiques mais aussi à la maîtrise technique des interventions dans leur globalité (installation, réalisation, gestion des complications per opératoires).

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 4.1% des déclarations d'EIAS (65/1579) de l'année 2022

Un groupe de travail dédié a été constitué et a établi un questionnaire d'analyse approfondi.

• **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise installation (position, traction, têtère, appuis, garrot, erreur de site) • Matériel inadapté, indisponible, non fonctionnel, non stérile • DMI indisponible (nombre insuffisant, non renouvelé, non commandé) • Panne peropératoire (caméra, lumière, colonne, arthropompe, bistouri) • Rupture instruments. Bris de matériel (pince, bistouri, shaver) • Chute greffon de ligamentoplastie • Confusion liquide irrigation (sérum / Glycocolle) • Problème de garrot, d'étanchéité, d'allergie (vernis chirurgical) • Erreur technique • Complication peropératoire (plaie vasculaire, désaturation, mobilisation tête)
<p>Liste des conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie inutile • Interruption procédure chirurgicale • Allongement geste chirurgical ou geste incomplet • Conversion à ciel ouvert (épaule surtout) et ses conséquences propres • Infection du site opératoire • Brûlures par sonde de radio fréquence ou liquide irrigation • Réparation avec geste complémentaire (plaie vasculaire) • Transformation du séjour (Ambulatoire/Hospitalisation) • Risque médico-légal

• **Connaissances acquises :**

<p>Liste des barrières</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle installation +++ • Redondance matériel (2 colonnes vidéo, arthropompe, shaver) • Check-list matériel +++ • Entretien vérification matériels (pinces, moteurs, colonnes, etc.) • Gestion informatisée des DMI • Information du patient • Maîtrise technique opératoire
----------------------------	--

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

Plusieurs axes sont à contrôler pour limiter les risques :

- Information délivrée au patient
- Gestion du matériel d'arthroscopie standard
- Gestion du matériel d'arthroscopie spécifique
- Maîtrise technique (installation, geste, matériel)

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Une SSP sur les brûlures survenant au décours d'une chirurgie arthroscopique est en cours de rédaction.

2.2.5. Échec et conversion d'une hospitalisation ambulatoire en mode conventionnel

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2013. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où l'hospitalisation en mode ambulatoire se développe et devrait le faire encore plus dans les années à venir. Ce développement est un objectif national en raison d'objectifs de maîtrise des coûts des soins. L'hospitalisation en mode ambulatoire doit parfois être convertie en mode conventionnel pour différentes raisons : impossibilité d'effectuer une prise en charge en mode ambulatoire, constatation de l'impossibilité de sortie le jour même, réadmission dans les heures ou les jours suivant la chirurgie.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 2.3% des déclarations d'EIAS (36/1579) de l'année 2022.

Le nombre de déclarations est encore insuffisant pour permettre de finaliser des analyses. Un groupe de travail dédié a été constitué et a rédigé un questionnaire d'analyse approfondi.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Raisons sociales • Situation familiale modifiée • Situation familiale mal évaluée • Raisons médicales • Somnolence, nausées, vomissements • Inaptitude à la mobilisation • Décompensation d'une affection médicale préexistante • Raisons chirurgicales • Douleur • Modification de l'intervention prévue • Saignement post opératoire • Raisons organisationnelles • Intervention tardive ou retardée • Réadmission différée • Raison médicale • Raison chirurgicale • Reprise chirurgicale
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'hospitalisations conventionnelle • Réadmission en service d'urgence

	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert de la prise en charge du patient sur la famille • Augmentation des risques post opératoires
--	--

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Tri des patients retenus pour une hospitalisation en mode ambulatoire • Sélection des interventions compatibles avec une hospitalisation ambulatoire • Structures adaptées • Procédures d'information des acteurs sur ce mode d'hospitalisation • Vérification des possibilités de conversion ou accords avec des établissements • Protocoles de prise en charge de la douleur
---------------------	---

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

Évaluation des exigences de la chirurgie en mode ambulatoire (planification, organisation, environnement) rigueur technique du geste opératoire augmentée

• **Modalités envisagées de mise en œuvre**

En utilisant les résultats d'une enquête sur Informatisation des dossiers médicaux et ses conséquences sur l'édition des documents de sortie après une hospitalisation de plus de 24 heures (enquête ouverte depuis le 18/05/16. sur invitation) le groupe d'experts dédié cherche à prévoir, formaliser et contrôler le circuit des patients traités en ambulatoire en proposant l'utilisation de check List d'entrée et de sortie.

2.2.6. Indisponibilité de tout ou partie du dossier patient au bloc opératoire

• **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2012. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle est intimement liée aux changements apportés par l'informatisation des dossiers médicaux. L'Indisponibilité de tout ou partie du dossier patient au bloc opératoire entraîne des retards dans le programme et des risques d'erreur d'intervention, d'erreur de côté ou de type de chirurgie. Cette situation à risque pose la question de l'organisation de la préparation du patient à l'intervention et du circuit du patient entre le service et le bloc (et au retour en sens inverse).

• **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 3.41% des déclarations d'EIAS (54/1579) de l'année 2022.

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier incomplet dans le service • Dossier non pris en charge par le brancardier • Inversion de dossier • Perte du dossier lors du transfert au sas du bloc • Changement de molécule pour s'adapter aux disponibilités de l'établissement • Transfert du patient en dehors du protocole institué (urgence, anticipation, etc.)
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard/annulation de prise en charge du patient • Erreur de site • Erreur d'intervention • Désorganisation du programme opératoire (retentissement sur d'autres gestes) • Prise en charge incomplète

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole spécifique de préparation de l'opéré • Protocole de transfert du patient du lit au bloc • Check-list de phase 1
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

- Protocolisation indispensable de la préparation du patient
- Nécessité d'une réalisation effective de la check-list de phase 1
- Respect des procédures de l'établissement (charte du bloc)

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Les groupes d'experts dédiés aux problèmes d'informatique et d'indisponibilité des dossiers médicaux au bloc opératoires sont appelés à collaborer étroitement.

2.2.7. Incidents survenant dans le circuit des prélèvements opératoires (bactériologie, histologie...) : prescription, rendu, analyse et récupération

- **Enjeux**

- Cette SAR a été créée en 2012. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la perte de prélèvement peut se traduire par un retard dans la mise en route d'un traitement adapté, et par un risque de reprise chirurgicale en vue de la réalisation de nouveaux prélèvements. La défaillance dans la gestion des prélèvements en salle d'opération est susceptible de conduire à une perte des prélèvements où à une mauvaise orientation pouvant entraîner une perte ou à une non lecture des résultats. Le recours à un protocole validé incluant la définition des rôles et responsabilités des acteurs dans le conditionnement et le transport des prélèvements constitue un enjeu. Le manque de coordination avec la structure d'anatomie et cytologie pathologique participe à la survenue de ce type d'EIAS. L'importance de la réalisation effective et systématique de la Check List doit être rappelée.

Les premières analyses menées par Orthorisq sur les pertes de prélèvement en novembre 2013 montraient que :

- 17 % des établissements n'avaient pas de protocole.
- 25% des protocoles ne prévoyaient pas qui transporte les prélèvements du bloc au sas de départ vers le laboratoire,
- 36% des protocoles ne prévoyaient pas :
 - Que le timing de cette opération soit fixé (au pire en fin d'intervention)
 - Que l'arrivée du prélèvement au SAS et son départ soient tracés.
- L'analyse de 354 événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par 5 spécialités du dispositif dans la base REX de 2008 à 2014 sert à l'élaboration d'une SSP HAS et lui donnera sa légitimité en termes de préconisations pratiques.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 1.9% des déclarations d'EIAS. (30/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

Recueil et analyse des déclarations d'EIAS après réalisation et validation d'une grille d'analyse, identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premières grilles, échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

• Problématiques identifiées

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Retard au conditionnement du prélèvement • Erreur d'orientation du prélèvement • Perte du résultat du prélèvement • Dégradation du contenant durant le transport
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise en route d'un traitement adapté. • Risque de reprise chirurgicale en vue de la réalisation de nouveaux prélèvements • Erreur patient • Prise en charge thérapeutique inadaptée

• Connaissances acquises :

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure validée par le conseil de bloc • Protocoles existants et disponibles • Indication sur le programme opératoire de la réalisation d'un prélèvement programmé • Dossier patient : indication de prélèvement posée • Check-list de Phase 3 • Code couleur uniformisé entre anatomopathologie et bactériologie • Procédure de contrôle d'exhaustivité des résultats de prélèvement reçus • Procédure de validation des résultats reçus avant classement
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Une SSP a été rédigée et diffusée à tous les adhérents d'Orthorisq

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Article publié sur le site Orthorisq: [http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/htm/Article/2013/20131117-090911-472/src/htm_fullText/fr/Herv%C3%A9FOULT\(1\).pdf](http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/htm/Article/2013/20131117-090911-472/src/htm_fullText/fr/Herv%C3%A9FOULT(1).pdf)

2.2.8. Dysfonctionnements liés à une modification inopinée du programme opératoire

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2012. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle interfère avec la gestion du matériel chirurgical nécessaire et sa stérilisation. Cette situation à risque se rencontre dans différents cas de figure :

- Modification de geste à la demande du patient « au dernier moment » (exemple changement de côté pour modification de symptomatologie),
- Prise en charge d'une « Urgence » dans le cadre d'un programme réglé (y compris la reprise immédiate d'un patient de la journée),
- Annulation d'une intervention (absence du patient ou pathologie intercurrente).

Les modifications de programme opératoire postérieures à l'élaboration initiale du programme opératoire sont la source de plusieurs EIAS récurrents qui sont distribuables en 4 groupes :

- Retard / Annulation de prise en charge du patient ayant induit la modification,
- Retard / Annulation de prise en charge de patient (s) inscrit (s) antérieurement sur le programme,
- Matériel chirurgical non disponible pour le patient ou pour un autre inscrit au programme,
- Problématique d'identitovigilance ou de coté à opérer.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 2.4% des déclarations d'EIAS (38/1579) de l'année 2022.

Un groupe de travail dédié a établi un questionnaire d'analyse approfondi et a analysé les déclarations

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de validation de la faisabilité de la modification (matériel, salle, personnel disponible) • Défaut de communication de la modification soit vers le bloc soit vers les services soit vers le patient • Non-respect des protocoles de préparation de l'opéré et du circuit de l'opéré lors de son accès au bloc • Défaut de communication entre praticiens impliqués dans le geste
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard / Annulation de prise en charge du patient ayant induit la modification • Retard / Annulation de prise en charge de patient (s) inscrit (s) antérieurement sur le programme • Matériel chirurgical non disponible pour le patient ou pour un autre inscrit au programme entraînant report ou modification de technique

	<ul style="list-style-type: none"> • Problématique d'identitovigilance ou de coté à opérer • Défaut d'adaptation thérapeutique péri opératoire
--	--

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole spécifique lors d'une modification de programme • Information immédiate de l'ensemble des intervenants • Validation par le responsable du programme opératoire du jour
---------------------	--

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

- Souligner l'importance de la communication directe de ce type de modifications à l'ensemble de l'équipe impliquée.
- Relecture des protocoles de rédaction des programmes opératoires avec « stress test » de ces protocoles

• **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Une collaboration étroite avec le groupe d'experts en charge des EIAS portant sur le matériel a été mise en place

2.2.9. Incidents survenus durant le circuit du patient avant le bloc opératoire

• **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2012. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où il s'agit d'une étape précédant immédiatement la mise en action de la check List. La défaillance dans la prise en charge du patient avant son arrivée en salle d'opération est susceptible de conduire à de multiples erreurs entraînant au mieux un retard dans la réalisation du programme opératoire, au pire une annulation / report de l'intervention, voire une modification de la technique utilisée ou une erreur d'intervention (identitovigilance, erreur de côté, erreur de geste).

Le recours à un protocole validé dit de « préparation de l'opéré » comporte la définition des rôles et responsabilités des acteurs dans la préparation et le transport du patient. Le manque de coordination entre les intervenants, chirurgien, anesthésistes, spécialistes impliqués dans le bilan pré opératoire, infirmière du service, personnel administratif, et personnel de bloc opératoire participe à la survenance de ce type d'EIAS. Ce protocole de préparation de l'opéré, vient réunir les protocoles de préparation cutanée, les procédures de recueil des éléments biologiques d'imagerie et des consultations des différents spécialistes rencontrés dans le cadre du bilan, le protocole de prémédication et de respect des consignes de jeun, et le repérage du coté à opérer ainsi que les phases incontournables d'identitovigilance. L'importance de la réalisation effective et systématique de la Check List au bloc opératoire doit être rappelée.

La mise en commun de cet ensemble de protocoles crée de multiples situations à risques et doit donc être encadrée.

• **Modalités d'analyse**

, Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 2.53% des déclarations d'EIAS (40/1579) de l'année 2022.

Un groupe de travail dédié chargé d'établir un questionnaire d'analyse approfondi et d'analyser les déclarations a été constitué en 2016

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan incomplet ou non récupéré • Identito-vigilance défaillante • Consignes contradictoires entre praticiens • Défaut de préparation cutanée • Défaut de respect du jeûne pré opératoire • Défaut de récupération des examens pré opératoires • Défaut d'identification du côté à opérer • Modification de l'ordre du programme opératoire • Chirurgie urgente
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard du programme opératoire • Report d'une intervention • Transfert A/R au bloc sans intervention • Erreur d'intervention (identité, coté, geste, technique)

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole de préparation du transfert « du lit au bloc » • Protocole de préparation cutanée • Disponibilité du dossier patient • Traçabilité des visites pré opératoires • Protocole de réalisation du programme opératoire • Protocole d'identification du coté à opérer • Check-list HAS
---------------------	--

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

- Analyse multifactorielle en cours
- Travail sur les différents protocoles à mettre en place

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Le groupe d'expert dédié à cette SAR et celui dédié aux incidents survenant dans le circuit d'un patient en ambulatoire travailleront en étroite collaboration.

2.2.10. Incidents Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire

- **Enjeux :**

Cette SAR a été créée en 2010. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où une meilleure connaissance des différents anticoagulants est une priorité pour les orthopédistes. Elle est nécessaire en raison de l'évolution rapide et permanente dans ce domaine (nouveaux antiagrégants nouveaux anticoagulants) et de leur utilisation systématique à titre de prophylaxie thromboembolique dans la chirurgie orthopédique des membres inférieurs.

- **Prise en charge des patients sous anticoagulants oraux directs :**

Une part de plus en plus importante de patients est traitée par ce type d'anticoagulants (apixaban rivaroxaban et dabigatran) en rapport avec l'extension des indications possibles en particulier dans la prise en charge des embolies pulmonaires. Des études sont en cours sur les patients valvulaires. Il est à prévoir une augmentation du nombre de patients traité par ces molécules.

Si nécessaire, la concentration plasmatique du rivaroxaban peut être mesurée avec la plus grande précision à l'aide d'un test anti-Xa chromogène (test similaire à celui utilisé pour les HBPM). Des kits avec des solutions d'étalonnage spécifiques au rivaroxaban sont disponibles dans le commerce (concentration exprimée en ng/l ou µg/l).

Un antidote spécifique existe sur le marché pour le dabigatran mais pas encore pour le rivaroxaban ni l'apixaban qui sont phase III.

Prise en charge des patients sous AVK

Plus de 1% de la population française est traitée par anti vitamine K. Or ce traitement est à l'origine d'une iatrogénie importante (20% de patients présentent des hémorragies cérébrales hospitalisés en neurochirurgie, 4000 décès par an en France) Le maniement de AVK durant la phase péri opératoire ou à l'occasion de la réalisation de gestes invasifs est difficile.

Ces données rendent la prise en charge en urgence complexe dans la mesure où elles évoluent rapidement

Prise en charge des patients sous antiagrégants plaquettaires.

Ces traitements sont mis en place :

En prévention primaire au long cours en cas de risque cardio vasculaire élevé.

En prévention secondaire en mono ou bithérapie après AVC ou AIT, en cas de maladie coronarienne stable, après un infarctus du myocarde ou pose d'un stent (actif ou nu), dans les suites d'un syndrome coronarien aigu.

Il n'est pas recommandé d'arrêter ces traitements antiagrégants dans les 4 semaines qui suivent un stent nu ou les 6 mois qui suivent un stent actif.

L'arrêt des antiplaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire faisant discuter le rapport bénéfice risque d'un geste invasif.

La gestion du risque hémorragique et thrombo-embolique chez ces patients en orthopédie comprend donc plusieurs phases :

Le préopératoire : le patient doit être identifié et une conduite à tenir expliquée et tracée pour la réalisation d'une intervention programmée. La balance bénéfique/risque évaluée. Le contexte de l'urgence est une situation particulièrement à risque pour la gestion de ces traitements.

L'hospitalisation : à nouveau le patient doit être identifié, l'arrêt du traitement et sa reprise déterminés et vérifiés.

La sortie et les suites : la transmission des informations importantes concernant le traitement anticoagulant est tracée et claire pour tous les acteurs et le patient. La procédure de rappel en cas de complication est claire et comprise du patient de son entourage et des intervenants extérieurs au contact du patient.

• Modalités d'analyse

, Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 1.9% des déclarations d'EIAS (30/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

Il s'agit d'un EIAS ciblé du programme de la spécialité. Jusqu'en 2012, l'analyse de ces déclarations était fondée sur le traitement d'un fichier Excel spécifique. En fonction des résultats des analyses des premières grilles, la liste des barrières et celle des causes immédiates ont été implémentées dans la base REX. Il existe un groupe de travail dédié. Des échanges de message et demandes de compléments d'information ont été réalisés afin de permettre des déclarations d'EIAS conformes aux exigences. Ces échanges ont également eu une visée pédagogique pour le déclarant.

• **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Information non disponible • Traitement inadapté • Non prévention ou prévention inadaptée des risques hémorragiques, thromboemboliques ou ischémiques • Bilan hémostase incompatible avec la réalisation d'une intervention chirurgicale • Erreur dans l'utilisation du produit (type de produit, per os, injectable)
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie • Thrombose • Accidents ischémiques

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation disponible, protocoles de service • Dossier patient • Information et vigilance du patient et de son entourage • Consultation pré opératoire d'anesthésie • Consultation pré opératoire de chirurgie • Réunion de concertation pluridisciplinaire préopératoire (staff, etc.) • Contrôle lors de l'admission du patient (interrogatoires, bilans biologiques) • Contrôle du bilan d'hémostase • Visite pré anesthésique (VPA) lors de l'hospitalisation • Visite clinique préopératoire • Contrôle du circuit du médicament. Rôle du pharmacien • Informatisation de la prescription avec alerte • Check-list préopératoire (1er temps) • Check-list postopératoire (3ème temps) • Contrôle des prescriptions post opératoire en cours d'hospitalisation • Contrôle à la sortie de l'unité d'hospitalisation
---------------------	---

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

Dans le cadre des programmes, les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

Priorité 1 : Evaluation de la balance bénéfique/risque per et post opératoires de l'usage d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires : Hémorragies, Thromboses, Accidents ischémiques

Priorité 2 : Réalisation d'un glossaire destiné aux experts et aux adhérents pour mieux comprendre les indications et les modes d'utilisation des antiagrégants et des anticoagulants. (En cours de finalisation)

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

L'exploitation de ce thème doit être poursuivie en inter spécialité.

Table ronde sur la gestion des anti coagulants Novembre 2021.

2.2.11. Préparation inadaptée du site opératoire

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2009. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle fait courir un risque :

- D'augmentation du risque d'infection du site opératoire,
- D'annulation de l'intervention,
- De report de l'intervention et modification du programme opératoire.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR 1.7% des déclarations d'EIAS (27/1579) de l'année 2022.

Ces déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

Il s'agit d'un EIAS ciblé du programme de la spécialité. L'analyse de ces déclarations a été fondée sur le traitement d'un fichier Excel spécifique. En fonction des résultats des analyses des premières grilles, la liste des barrières et les causes immédiates ont été implémentées dans la base REX. Il existe un groupe de travail dédié. Des échanges de messages et demandes de compléments d'information ont été réalisés afin de permettre des déclarations d'EIAS conformes aux exigences. Ces échanges ont également eu une visée pédagogique pour le déclarant.

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none">• Défaillance de préparation à domicile• Défaillance de préparation en hospitalisation• Défaillance de la détersion au bloc• Protocoles inadaptés
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation du risque infection du site opératoire• Annulation de l'intervention• Report de l'intervention et modification du programme opératoire

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none">• Information du patient en consultation• Documents d'information et de prescription disponibles et adaptés• Protocoles de préparation disponibles• Contrôles de la préparation à domicile et/ou dans le service• Check-list opératoire• Protocoles adaptés aux situations rencontrées (urgence)
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Dans le cadre des programmes, les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »
- Rédaction d'une EPP qui est devenue une action exigible pour la validation du bilan 2012.
- Rédaction d'une EPP prévention du risque infectieux préopératoire pour le programme 2012
- Projet de collaboration pour la mise à jour des recommandations actuelles.
- Projet de dépistage et prise en charge des patients porteurs sains de staphylocoques (communication réalisée lors de la journée de formation Orthorisq de novembre 2011)
- Rédaction d'un protocole insistant sur la préparation du site opératoire ; retrait de bijoux, vêtement, vernis, pansements, douche antiseptique, dépilation, badigeonnage, contrôle, traçabilité, non prise en compte des contre-indications.

2.2.12. Dysfonctionnements en rapport avec le circuit des dispositifs médicaux

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2007. Elle se définit par la constatation per opératoire de l'absence ou de la déficience d'un implant, outil ou appareillage indispensable à la réalisation de l'intervention initialement prévue et nécessitant de modifier celle-ci dans le temps ou dans le type la planification opératoire (report, prolongation, nécessité d'un deuxième temps opératoire ou modification technique). Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où ses conséquences potentielles sont graves et qu'il s'agit de la plus fréquente des SAR déclarées par les adhérents d'Orthorisq.

Cette constatation per opératoire de l'absence ou de la déficience d'un implant, outil ou appareillage indispensable à la réalisation de l'intervention initialement prévue a incité Orthorisq à créer dès 2007 une SAR intitulée : intervention modifiée faute de matériel

Un premier travail d'analyse de 770 événements porteur de risques (EPR) a été restitué en séance plénière et est en cours de publication. L'analyse de ces EPR a identifié une situation particulière en rapport avec les interventions pour d'ablation de matériel d'ostéosynthèse.

Des difficultés techniques fréquentes ont tout particulièrement été retrouvées lorsqu'il s'agit de plaques à vis bloquées, dites « verrouillées » en alliage de titane.

Constatation peropératoire de l'absence ou de la déficience d'un implant, outil ou appareillage indispensable à la réalisation de l'intervention initialement prévue ayant risqué de nécessiter de modifier dans le temps ou dans le type la planification opératoire (report, prolongation, nécessité d'un deuxième temps opératoire ou modification technique).

L'étude de cette situation à risque a déjà permis la rédaction d'une recommandation intitulée : « prévention des difficultés d'ablation du matériel d'ostéosynthèse ».

Cette recommandation a été instituée pour éviter qu'une telle situation se produise en imposant à chaque établissement hospitalier, privé ou public, l'obligation de disposer au sein de chaque bloc opératoire de chirurgie orthopédique et traumatologique la présence d'un matériel ancillaire spécifique dédié aux difficultés d'ablation d'ostéosynthèse.

Les conséquences de ces dysfonctionnements sont potentiellement graves pouvant aller de l'annulation de l'intervention (No Go) lors de la check-list, jusqu'à l'interruption du cours normal de la procédure chirurgicale ou de la réalisation de gestes chirurgicaux intempestifs avec leurs complications spécifiques peropératoires et leurs possibles conséquences post-opératoires.

Une autre recommandation reste pertinente et fondamentale pour réduire ces dysfonctionnements : c'est une application consciencieuse de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » obligatoire depuis 2010.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR incluent les déclarations pour incident dans le circuit des dispositifs médicaux (188/1579 soit 12% des déclarations en 2022) et les interventions modifiées faute de matériel (38/1579 soit 2.4% en 2022), les listes des barrières et des causes immédiates ont été implémentées dans la base REX.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

Il s'agit d'un EIAS ciblé du programme de la spécialité. L'analyse de ces déclarations a été fondée sur le traitement d'un fichier Excel spécifique. En fonction des résultats des analyses des premières grilles, la liste des barrières et les causes immédiates ont été implémentées dans la base REX. Il existe un groupe de travail dédié. Des échanges de messages et demandes de compléments d'information ont été réalisés afin de permettre des déclarations d'EIAS conformes aux exigences. Ces échanges ont également eu une visée pédagogique pour le déclarant.

L'analyse des incidents de stérilisation a été présentée à l'Association Française de stérilisation ainsi qu'à la Société française d'hygiène hospitalière. Une procédure de récupération en cas de boîte mouillée a pu être élaborée conjointement avec les trois sociétés savantes (SOFOT, AFS, SF2H) et a été présentée lors des journées Orthorisq 2012. Le fichier de déclaration est disponible sur le site www.orthorisq.fr. Elle a été récemment validée par la HAS et une solution pour la sécurité du patient a été rédigée. Elle est disponible sur le site Orthorisq.

Lors de la journée de formation de 2014, une table ronde a été réalisée pour faire la synthèse des causes d'absence ou d'inadaptation du matériel disponible. Les conclusions se trouvent sur le site d'Orthorisq www.orthorisq.fr.

Une seconde table ronde réalisée en visioconférence en 2021 sur le circuit des DMI a permis de confirmer l'absence de progrès significatifs en 7 ans et conduit à proposer la mise en place d'une check list « matériel ».

Une réflexion menée avec le SNITEM et l'ANSM pour élaborer un kit d'extraction dit "universel" et pour inciter vivement les établissements de santé pratiquant la chirurgie orthopédique et traumatologique à disposer d'un tel matériel a abouti.

• **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Chute de matériel au moment de l'utilisation • Matériel non commandé • Erreur de commande (coté par exemple) • Mauvaise préparation d'une réintervention • Inadaptation entre programmation et disponibilité du matériel • Défaut d'information sur la non disponibilité d'un dispositif médical • Erreur de distribution d'un dispositif médical • Matériel non stérile : instruments mouillés • Matériel non stérile : perforation d'emballage • Matériel non stérile : incidents de containers • Pannes de matériel vidéo • Pannes de moteurs • Non remplacement d'instruments usés • Matériel inadapté : incompatibilité de tête de tournevis • Matériel inadapté : mauvais ancillaire
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie inutile • No go • Interruption de la procédure chirurgicale • Geste chirurgical incomplet • Infection du site opératoire • Retard d'intervention

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Redondance du matériel • Respect d'un délai de commande suffisant • Formalisation des procédures de commande/stockage • Formalisation d'accords de prêt de matériel entre établissements voisins • Procédures d'information des acteurs sur la disponibilité du dispositif médical • Vérification de la disponibilité du matériel en amont • Check-list matériel • Disposition d'une instrumentation d'ablation universelle
---------------------	--

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

Évaluation des dysfonctionnements entravant la disponibilité du matériel prévu (planification, contrôle, dysfonctionnement matériel, possibilité de substitution)

Préparation avec la check-list de toute intervention nécessitant un matériel spécifique ou l'ablation d'un matériel spécifique

Élaboration d'une recommandation sur la nécessité de pouvoir disposer dans tous les blocs d'orthopédie d'un kit universel d'ablation de matériel

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

- Articles sur les résultats et les analyses des 470 premiers EPR en cours de publication,
- Collaboration avec la SFA et publication d'une procédure dégradée en cas de chute d'un transplant ligamentaire,
- Collaboration avec la fédération d'hygiène hospitalière et avec la société française de stérilisation afin de mettre en place une procédure dégradée en cas d'eau dans la boîte d'instruments couplée à une recherche et à une prévention de sa survenue,
- Collaboration avec l'AFSSAPS concernant 2 incidents récurrents : chute de batteries non stériles et confusion d'injectables et concernant les mésusages constatés par elle et ayant conduit à une alerte de l'AFSSAPS en juillet 2011.
- Réalisation d'une SSP 2 sur la check list « Matériel » finalisée – Publication Mars 2023

2.2.13. Erreur de site opératoire

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2007. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle peut amener à des conséquences catastrophiques. Ainsi la survenue d'une erreur ou d'un défaut de documentation (identification du patient, dossier, imagerie, étiquetage, programme) ou de préparation à l'intervention (tonte, badigeonnage, installation) ou autre...est-elle susceptible de faciliter une erreur de patient, de côté ou de niveau d'une intervention ou, dans le cadre de la réalisation de plusieurs actes au cours de la même anesthésie, oublier l'un de ces actes, avec pour conséquences la survenue d'un EIG :

- Erreur de site
- Erreur de patient
- Erreur d'acte(s)
- Intervention inutile, voire délabrante
- Ré intervention
- Hospitalisation prolongée
- Retentissement psychologique et/ou physique chez le patient
- Conséquences médico-économiques et/ou médico-légales

La SAR a été mise à jour le 06/09/2017

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 2.8% des déclarations d'EIAS (44/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

Recueil et analyse des déclarations d'EIAS.

Échange de message et demande de compléments d'information permettant l'analyse de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

Un Questionnaire d'étude approfondie Excel dédié a été envoyé à tous les déclarants puis a été analysé par un groupe d'expert dédié.

Cette analyse a débouché sur une publication intitulée ;

*« Événements porteurs de risques déclarés sur le thème « erreurs de site opératoire » en chirurgie orthopédique »
H. Mendizabal¹, G. Bollini², J. Caton², Y. Nordin², Y. Masse², R. Cavagna², M. Mansat², T. Bégué², O. Charrois²
1- Cellule d'évaluation médicale, hôpital de la Conception, Marseille
2- Orthorisq, Paris*

Élaboration de l'arbre de défaillance de la situation

• **Problématiques identifiées**

Il s'agit des risques de survenue d'une erreur ou d'un défaut de documentation (identification du patient, dossier, imagerie, étiquetage) ou de préparation (tonte, badigeonnage, installation) ou autre...susceptible de faciliter une erreur de patient, de côté ou de niveau d'une intervention.

<p>Liste des causes immédiates</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier patient absent ou incomplet • Erreur ou changement de programmation • Discordance des éléments du dossier patient et de la programmation prévue • Patient inapte à répondre • Erreur de préparation cutanée • Utilisation du bracelet d'identification comme marqueur du site opératoire • Erreur de localisation d'une anesthésie locorégionale • Erreur de positionnement du garrot • Défaut de marquage/repérage du site opératoire • Erreur sur documents d'imagerie ou absence de ces derniers • Erreur de côté après retournement d'un patient • Changement d'avis d'un patient • Prise en charge en urgence d'un patient non communiquant • Erreur d'installation
<p>Liste des conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • - Erreur de site • - Erreur de patient • - Erreur d'acte(s) • - Intervention inutile, voire délabrante • - Ré intervention • Hospitalisation prolongée • - Retentissement psychologique et physique chez le patient • - Conséquences médico économiques et/ou médico-légales

• **Connaissances acquises :**

<p>Liste des barrières</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programmation conforme au règlement du bloc • Vérification en consultation d'anesthésie des concordances • Vérification à l'entrée du patient dans le service des concordances • Vérification au départ du patient pour le bloc opératoire des concordances • Dossier opératoire du patient complet au bloc (avec iconographie) • Check-list : vérification à l'entrée du patient au bloc opératoire des concordances • Check-list : time out anesthésiste et chirurgien • Marquage/repérage du site opératoire
----------------------------	--

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Dans le cadre des programmes n° 1 et 2, les actions mises en œuvre sont les suivantes :

- Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »
- Synthèse des déclarations (présentées lors de la journée de formation Orthorisq de novembre 2010, (disponible sur le site d'Orthorisq).
- Accompagnement à la mise en place de la check-list afin de prévenir le dysfonctionnement.
- Envoi en 2010 d'une alerte à tous les adhérents concernant l'utilisation du bracelet d'identification comme marqueur du site opératoire
- Communication lors de la journée Orthorisq de novembre 2011 de l'enquête sur les conditions de mise en place et les objectifs de la check-list
- Présentation des premiers résultats lors des journées de formation Orthorisq de novembre 2012 (disponible sur le site d'Orthorisq)
- Collaboration avec la société française de radiologie afin de limiter les risques d'erreur de site en rapport avec la documentation radiologique
- Communication lors de la journée Orthorisq de novembre 2011 • Article intitulé « *Evénements porteurs de risques déclarés sur le thème « erreurs de site opératoire » en chirurgie orthopédique* » paru en 2013 dans la revue « *Risques & qualité* » (disponible sur le site d'Orthorisq)
- Présentation lors des journées de la SOFOP à Paris en Novembre 2015 de la SAR « erreur de site »
- Troubles cognitifs et erreur de site en Traumatologie présentée à la journée présentielle d'Orthorisq à Paris en Novembre 2015•

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

- Collaboration avec la société française de radiologie afin de limiter les risques d'erreur de site en rapport avec la documentation radiologique. Communication lors de la journée Orthorisq de novembre 2011 et rédaction en cours de recommandations communes (disponibles sur le site Orthorisq).

2.2.14. Antibio prophylaxie inadaptée

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2007. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où l'Antibio prophylaxie est un élément déterminant de la prévention des infections nosocomiales.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 1.2 % des déclarations d'EIAS (19/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- Recueil et analyse des déclarations d'EIAS,
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant. Un Questionnaire d'étude approfondie Excel est utilisé par un groupe d'expert dédié,
- Elaboration de l'arbre de défaillance de la situation.

• **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Défaillance de l'indication de l'Antibioprophylaxie • Défaillance de la prescription de l'Antibioprophylaxie • Défaillance d'administration de l'Antibioprophylaxie • Défaillance liée aux médicaments (disponibilité, molécule, etc.)
Liste des conséquences	Infection nosocomiale du site opératoire

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure validée par le CLIN de l'ES • Protocoles existants et disponibles • Dossier patient : indication chirurgicale posée • Dossier patient : prescription en consultation d'anesthésie • Visite anesthésique préopératoire • Check-list opératoire • Dossier patient : suites opératoires tracées • Pharmacien : circuit du médicament formalisé
---------------------	--

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

Dans le cadre des programmes, les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Définition des rôles et responsabilités respectives des différents prescripteurs potentiels (chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs)
- Recommandation pour la pratique de l'Antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur à promouvoir par l'intermédiaire des commissions médicales d'établissement,
- Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »,
- Collaboration avec la DGS concernant une étude de faisabilité de la détection et du traitement des patients porteurs de SARM,
- Projet de collaboration multidisciplinaire sous l'égide du CIPRET concernant la compatibilité de l'Antibioprophylaxie avec les prélèvements de détection lors de reprises de prothèses a priori aseptiques.

• **Modalités envisagées de mise en œuvre**

- Collaboration avec la DGS concernant une étude de faisabilité de la détection et du traitement des patients porteurs de SARM,
- Projet de collaboration multidisciplinaire sous l'égide du CIPRET concernant la compatibilité de l'Antibioprophylaxie avec les prélèvements de détection lors de reprises de prothèses à priori aseptiques,
- Adaptation régulière des mises à jour des protocoles d'Antibioprophylaxie établis par la Société Française d'Anesthésie Réanimation par les CME des établissements de santé.

2.2.15. Défaillance dans la prise en charge informatisée des patients (dossiers et hospitalisation)

• Enjeux

Cette SAR a été créée en 2015. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la quasi-totalité des établissements de santé disposera bientôt de dossiers médicaux informatisés pour tous leurs patients ... L'usage de l'informatique dans les cabinets de consultation des chirurgiens ainsi que dans les établissements de soins a été identifié comme une cause relativement fréquente d'incidents mettant en jeu la sécurité des malades. Ces événements indésirables associés aux soins (EIAS) peuvent être des événements porteurs de risques (EPR) ou des événements indésirables graves (EIG). L'absence fréquente de continuité du circuit informatique de l'information qui semble source de nombreux risques. Elle est surtout liée à l'incompatibilité fréquente des systèmes utilisés dans les cabinets de consultation et dans les établissements.

Concernant l'usage de l'outil informatique, les interfaces existantes sont sources d'erreurs de recopiage, d'erreurs de transmission et de prescription. Dans nombre de cas déclarés, l'informatique n'a pas été utilisée, a été mal utilisée ou a été utilisée en doublon du téléphone, du fax ou de l'écrit.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 1.52% des déclarations d'EIAS (24/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

• Problématiques identifiées

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none">• Connexion impossible entre les matériels informatiques personnels des différents personnels intervenants dans un établissement de soins et ceux de l'établissement lui-même• Impossibilité de prescrire par voie informatique depuis l'extérieur d'un établissement de santé• Difficultés dans les échanges informatiques entre différents services d'un même établissement de santé.• Difficultés dans les échanges informatiques entre l'établissement de santé et des intervenants extérieurs (imagerie, laboratoires, autres établissements)• Erreurs lors de la centralisation des programmes opératoires par un établissement de santé et la vérification de leur cohérence• Carence d'alerte dans les logiciels de prescription médicamenteuse• Erreurs d'identification de dossier
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none">• Erreur d'identification de patients• Erreurs de prescriptions• Perte de données critiques• Programmation opératoire défectueuse• Défaillance dans la programmation du matériel nécessaire à une intervention

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none">• Logiciels informatiques identiques pour tous les intervenants d'un E.S.• Alertes adaptées dans les logiciels de prescription médicamenteuse• Maintenance permanente de l'outil informatique• Sauvegarde régulière et externalisée des données informatiques
---------------------	--

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Une communication à la journée Orthorisq de novembre 2017 est prévue avec communication des résultats de 150 grilles d'analyse approfondie.

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Les résultats de l'exploitation des cent premiers questionnaires d'analyse approfondie d'EIAS sont déjà publiés sur le site de la HAS.

O. Ciaudo, F. Loubignac, C. Cistac, E. deThomasson, E. Benfrech, Ph. Tracol

Mise en jeu de la sécurité des patients en rapport avec l'utilisation de l'outil informatique Analyse de 100 déclarations d'EIAS ciblés Orthorisq 2016 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/mise_en_jeu_de_la_securite_des_patients_en_rapport_avec_lutilisation_de_loutil_informatique_orthorisq_2016.pdf

2.2.16. Incidents liés à une anesthésie locorégionale

- **Enjeux**

Cette SAR est créée en 2016. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où l'usage de ce type d'anesthésie est en développement constant ; les déclarations relatives à cette SAR ne représentent qu'un très petit pourcentage des déclarations d'EIAS mais leur nombre augmente régulièrement. Les problématiques recherchées doivent être liées spécifiquement à la réalisation d'une ALR. Elles impliquent une réévaluation préalable des indications et du type d'ALR réalisée. Seront exclues les conséquences d'un échec d'une anesthésie loco régionale. Il faut essayer de mettre en évidence les risques de survenue en post opératoire d'une complication pouvant être attribuée de façon exclusive et certaine à une anesthésie loco régionale.

La généralisation d'une check-list spécifique préalable à une anesthésie locorégionale est proposée afin de diminuer les risques.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR ont représenté 3.16% des déclarations d'EIAS (50/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse par un groupe d'experts dédié
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie loco régionale persistante à visée antalgique • Allergie • Bloc moteur indésirable • Patient non coopérant • Surdosage avec effet généraux • Injection intra vasculaire
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Brulure • Chute et trauma • Compression nerveuse autre • Masquage d'une complication • Effets généraux

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Indication adaptée au geste chirurgical • Indication adaptée au patient • Modulation du caractère ambulatoire de la prise en Charge • Check-list de sortie • Check List ALR
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Une première alerte très ciblée portant sur le bon usage des anesthésiques locaux en injection intra et péri articulaire a été publiée

Une communication sur les complications des ALR a été réalisée lors de la matinée Orthorisq de novembre 2019.

Une SSP1 sur le bon usage des anesthésiques locaux en infiltration intra ou péri articulaire a été présentée lors de la matinée Orthorisq de novembre 2017.

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Le groupe d'experts dédié travaille en collaboration avec la Société Française d'Anesthésie et Réanimation

2.2.17. Incidents liés au retard de prise en charge d'une urgence en hospitalisation

- **Enjeux**

Cette SAR est créée en 2016. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle expose à de graves conséquences :

- Délai de prise en charge supérieur à 24 heures depuis l'admission,
- Complications médicales intercurrentes : infection urinaire ou pulmonaire, cholécystite aiguë, désorientation temporo-spatiale, etc...
- Geste chirurgical incomplet,
- Infection du site opératoire,
- Retard et report itératif d'intervention.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR ont représenté 0.8% des déclarations d'EIAS (14/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité,
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse par un groupe d'experts dédié,
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires,
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

- **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de PEC lors du passage aux urgences • Retard de PEC lors du séjour dans le service d'hospitalisation habituel de la pathologie traumatologique. • Retard de PEC lors du séjour dans un service d'hébergement. • Retard de PEC en relation avec l'organisation du bloc opératoire. • Retard de PEC du fait d'une mauvaise coordination lors du transfert du patient entre les services de l'établissement de soins. • Problème de PEC lié à l'anesthésie et/ou à l'action d'un confrère d'une autre spécialité. • Problème de PEC en relation avec le traitement habituel du patient : anticoagulant, antiplaquettaire, immunosuppresseur, etc. • Problème de PEC lié à l'utilisation du PACS (Picture Archiving and Communication System) • Problème de PEC lié au statut juridique du patient : curatelle/tutelle. • Problème de PEC lié à un dysfonctionnement au bloc opératoire : panne de matériel, ancillaire ou dispositif médical implantable non disponible, etc. • Période de survenue de la PEC : journée, nuit de semaine, week-end ou jours férié.
<p>Liste des conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Délai de PEC supérieur à 24 heures depuis l'admission • Complication médicale intercurrente : infection urinaire ou pulmonaire, cholécystite aiguë, désorientation temporo-spatiale, etc. • Geste chirurgical incomplet • Infection du site opératoire • Retard et report itératif d'intervention

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none">• Procédure d'hospitalisation depuis les urgences• Procédure d'hospitalisation en entrée directe dans le service• Procédure d'hébergement hors du service habituel• Procédures lors du statut particulier du patient : enfant, statut juridique du patient majeur,• Check-list de service avant transfert au bloc opératoire• Procédure dégradée lors du dysfonctionnement du PACS
---------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Les stratégies à mettre en œuvre sont en cours d'élaboration notamment en ce qui concerne les transferts de malades à partir de services de médecine ou de services d'urgences

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Une SSP de type 3 est en cours de validation à la HAS.

2.2.18. Incidents liés à un NO GO ou à une interruption de procédure

Cette SAR est créée en 2016. Le NO GO se définit comme l'arrêt imprévu d'une procédure chirurgicale entre le moment où le patient est entré au bloc opératoire et l'incision cutanée. L'intervention chirurgicale doit être stoppée avant l'incision (No Go) en raison d'un problème de matériel non disponible, d'un problème lié au patient (traitement médical en cours de type anticoagulant, une lésion cutanée infectieuse proche du site opératoire etc.), d'un problème lié à la gestion du personnel en salle d'opération, en raison d'un dossier médical incomplet ou d'un problème lié directement à l'infrastructure de la salle d'opération.

Avant l'incision, l'intervention doit être reportée le jour même où à distance. Ce sujet est porteur de conséquences médico-légales.

- **Enjeux**

Cette SAR est créée en 2016. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où elle peut exposer à :

- Une anesthésie inutile,
- Une interruption de la procédure chirurgicale,
- Un geste chirurgical incomplet,
- Une infection du site opératoire,
- Un retard d'intervention,
- Une intervention différée,
- Un risque médico-légal.

Ce sujet a fait l'objet d'un travail préparatoire présenté à la journée Orthorisq de novembre 2015. Un questionnaire avait été envoyé à tous les adhérents d'Orthorisq suscitant 585 réponses complètes. Pour mémoire sur 398 réponses à la question portant sur les suites médico-légales dans l'expérience des adhérents d'Orthorisq les réponses avaient été les suivantes :

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR ont représenté 9.18 % des déclarations d'EIAS (145/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EPR ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

- **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problème d'ancillaire en dépôt permanent • Problème d'ancillaire en prêt intervention • DMI absent par mauvaise gestion des stocks • DMI non conforme car implant périmé • Stérilisation défectueuse par perforation papier • Stérilisation défectueuse avec incident container • Stérilisation avec humidité dans container • Liée au traitement médical (anticoagulants) • Liée à un problème cardio vasculaire • Liée à une Allergie • Liée à une lésion cutanée infectieuse du site opératoire • Liée à un changement inopiné du patient • Liée à des troubles du comportement du patient • Liée à une indication opératoire • Liée à la gestion du personnel en salle d'opération • Liée à l'absence de consentement signé • Liée à l'absence d'imagerie disponible • Liée à une erreur de site opératoire • Liée à un matériel de salle d'opération (flux, table)
<p>Liste des conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie inutile • Interruption de la procédure chirurgicale • Geste chirurgical incomplet • Infection du site opératoire • Retard d'intervention • Intervention différée • Risque médico-légal

• **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	<ul style="list-style-type: none">• Gestion informatisée des commandes• Gestion informatisée des DMI• Diffusion de l'information aux professionnels• Respecter des délais de livraison du matériel• Check-list matériel à réception et en pré opératoire• Disposer d'un kit universel• Redondance du matériel• Entretien et vérification du matériel (moteur.)• Entretien des containers• Plastification des emballages• Révision des protocoles d'organisation• Contrôle de la préparation cutanée• Visite pré opératoire anesthésiste• Contrôle de la coagulation• Contrôle des traitements médicaux• Vérification des allergies• Meilleure coordination des soins (Chir./ARE/Cardio.)• Meilleure information du patient• Implication des patients dans les soins• Respect par le patient des consignes• Vérification de la présence du consentement signé• Disposer de l'imagerie indispensable• Entretien des infrastructures médicales• Entretien des infrastructures non médicales
---------------------	---

• **Stratégies à mettre en œuvre :**

- Évaluation des dysfonctionnements entravant la disponibilité du matériel prévu (planification, contrôle, dysfonctionnement matériel, possibilité de substitution).
- Meilleure coordination des soins entre les différents praticiens (anesthésistes, chirurgiens et cardiologues).
- Révision des protocoles d'organisation.
- Meilleure gestion des risques liées à l'infrastructure médicale (table opératoire, respirateur, scialytique) et non médicale (climatisation, circuit d'air, circuit d'eau, flux laminaire).

• **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Le travail présenté à la journée Orthorisq de novembre 2015 est publié en accès libre sur le site d'Orthorisq. Il fera l'objet d'une mise à jour lorsque le nombre d'EIAS déclarés permettra une étude exhaustive.

2.2.19. Incidents en rapport avec la sortie du patient

• **Enjeux**

Cette SAR est créée en 2017. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la sortie du patient est un processus complexe susceptible de conduire à de multiples erreurs entraînant au mieux un retard dans la réalisation des soins, au pire une complication, dont la gravité peut être majeure.

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations relatives à cette SAR ont représenté 2.4 % des déclarations d'EIAS (38/1579) de l'année 2022.

Depuis 2018, l'analyse est menée selon les modalités suivantes :

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité,
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse par un groupe d'experts dédié,
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires,
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant.

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates	Ordonnance non remise Ordonnance non rédigée Consignes ou Ordonnances contradictoires entre praticiens Eléments des suites à surveiller non expliqués Courrier au médecin traitant non adressé Défaut de récupération des examens post-opératoires Défaut d'explication lors de la remise des documents Coordonnées (24/24) en cas de problème non disponible
Liste des conséquences	Retard de prise en charge des complications Retard dans la continuité des soins (Etablissement/ médecine de ville) Défaut de traitement post opératoire Défaut de reprise des traitements antérieurs

- **Connaissances acquises :**

Liste des barrières	Protocole de sortie du patient Disponibilité du dossier patient Traçabilité des visites post opératoires Check List HAS (phase 3)
---------------------	--

- **Stratégies à mettre en œuvre :**

Le recours à un protocole validé dit de « sortie d'hospitalisation » comporte la définition des rôles et responsabilités des acteurs dans la préparation du dossier de sortie et sa remise au patient. Le manque de coordination entre les intervenants, chirurgien, anesthésistes, spécialistes impliqués dans la prise en charge post interventionnelle, infirmière du service, personnel administratif participe à la survenance de ce type d'EI. Ce protocole de sortie du patient, doit comporter la préparation des documents nécessaires au patient pour la poursuite des soins, les informations nécessaires à la continuité de sa prise en charge avec les équipes extérieures à l'établissement, les

informations sur la conduite à tenir en cas de survenue d'une anomalie. Ces documents doivent être expliqués au patient lors de la remise des documents.

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Un suivi des évènements est réalisé en veille.

2.2.20. Incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2017. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où les ablations de matériel d'ostéosynthèse sont parmi les interventions les plus fréquentes en chirurgie orthopédique. Elles concernent des matériaux très divers d'origines multiples ayant souvent été posés avec des ancillaires spécifiques dont ne dispose pas le chirurgien qui procède à l'ablation. Souvent il est difficile d'obtenir en pré opératoire une identification exacte du matériel à enlever. Prévoir une difficulté d'ablation de ce matériel d'ostéosynthèse a conduit la SOFCOT à proposer un « kit de survie » ou ancillaire universel d'ablation de matériel d'ostéosynthèse

- **Modalités d'analyse**

Les déclarations sur ce thème représentent 4.6% (73/1579) en 2022.

Depuis 2018, l'analyse est menée selon les modalités suivantes :

- EPR ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

- **Problématiques identifiées,**

<p>Liste des causes immédiates de la situation à risque</p>	<p>CRO initial inexploitable Ancillaire inadapté à l'empreinte de tête de vis Détérioration de l'empreinte de tête de vis Ancillaire inadapté au DMI (vis-plaque, clou centromédullaire,) Implants orthopédiques inadaptés (cône morse, PE des PTH) Stérilisation centrale ou externalisée des ancillaires</p>
<p>Liste des conséquences de la situation à risque</p>	<p>Rallongement du temps opératoire AMOS ou révision prothétique incomplètes Fracture post-ablation de matériel Luxation des implants articulaires Infection de site opératoire et EIAS Conversion séjour ambulatoire en hospitalisation Prolongation de la durée d'hospitalisation Retard de cicatrisation et infection de site opératoire Lésions neurologiques et/ou tendineuses iatrogènes</p>

- **Connaissances acquises,**

Liste des barrières de la situation à risque	Information par consultation du CRO initial Information par la société commercialisant le DMI Contrôle qualité des procédures de stérilisation
---	--

- **Stratégies à mettre en œuvre**

- Création d'un identifiant unique par DMI
- Uniformisation des empreintes de tête de vis
- Kit d'ablation pour DMI dans les structures de soins

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Documents téléchargeables	
Pour les experts	SSP Haute Autorité de Santé de décembre 2016
Pour les médecins	SSP Haute Autorité de Santé de décembre 2016

Périmètre d'applicabilité	
Situation à risque inter-spécialités	Oui avec la Neurochirurgie
Champs d'activités concernés	Toutes activités liées à la pathologie de l'appareil locomoteur

Origine	
Étude de risque à l'origine	OUI
Si oui, précisez	Standardisation des ancillaires de DMI (synthèses et prothèses) Carte d'identité du DMI (<i>UDI : Unic Device Identifier</i>)

Message éventuel de mise en garde	
Titre du message	Réagir face à une difficulté d'ablation du matériel de synthèse

2.2.21. Incidents survenus lors d'un parcours « Fast Track »

• Enjeux

Cette SAR a été créée en 2017. Elle constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la mise en place d'un programme fast track s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

Les clés pour la réussite d'un tel programme fast track regroupent des facteurs liés au patient (ainsi qu'aux proches), des facteurs liés aux équipes de santé, des facteurs liés à la bonne pratique et aux « habitudes » et des facteurs liés aux ressources.

Les 3 éléments favorables à la mise en œuvre du programme fast track :

- La formation et l'apprentissage
- L'amélioration continue des processus et des organisations
- L'établissement de procédures de soins spécifiques.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0.8% des déclarations d'EIAS (14/1579) de l'année 2022.

Les déclarations ont été analysées selon les modalités suivantes :

- EPR ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

• Problématiques identifiées,

Liste des causes immédiates de la situation à risque	Défaillance dans l'Information Défaut d'anticipation des modalités de sortie Défaut d'organisation des soins à la sortie Sous-estimation des conséquences du stress chirurgical Insuffisance de contrôle de la douleur Impossibilité de la reprise de l'autonomie
Liste des conséquences de la situation à risque	Prolongation de l'hospitalisation par complication médicale, chirurgicale et/ou sociale de la PEC

- **Connaissances acquises,**

Liste des barrières de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> Protocoles existants et disponibles validés par la CME Participation du patient à sa prise en charge Prescription anticipée des soins postopératoires Organisation anticipée des soins postopératoires Formation des professionnels médicaux et paramédicaux Existence d'un coordinateur dédié au RAAC Organisation dans l'établissement identifiée Evaluation de l'aptitude au retour à domicile Check liste des documents de sortie Implication des professionnels de ville (médicaux et paramédicaux)
---	---

- **Stratégies à mettre en œuvre**

- Meilleure évaluation de la participation du patient
- Adaptation des protocoles
- Adaptation des procédures chirurgicales
- Adaptation des procédures anesthésiques
- Respect de la continuité des soins
- Organisation minutieuse de la sortie du patient

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Documents téléchargeables	
Pour les experts	https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac
Pour les médecins	Sans objet.

Périmètre d'applicabilité	
Situation à risque inter-spécialités	Oui

Champs d'activités concernés	Le concept de récupération rapide initialement développée en chirurgie digestive s'est étendu à de nombreuses autres spécialités, en particulier chirurgie orthopédique, urologique, gynécologique.
-------------------------------------	---

2.2.22. Incidents ou dysfonctionnement en rapport avec le travail en équipe

• Enjeux

Le dysfonctionnement du travail en équipe est identifié comme la première cause d'un événement porteur de risque. Que ce soit un défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein de l'équipe, la littérature scientifique montre que la qualité du travail en équipe impacte la sécurité du patient. Un des enseignements de la littérature scientifique et retrouvé dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins est notamment que la cause des événements indésirables associés aux soins est rarement liée au manque de connaissance ou à un défaut de compétence des professionnels, mais le plus souvent à des défauts d'organisation, de vérification, de coordination, ou de communication au sein des équipes. La qualité du travail en équipe impacte la sécurité des patients^{[1], [2]}. L'enjeu est donc d'évoluer d'une équipe d'experts vers une équipe experte.

• Modalités d'analyse

Les déclarations relatives à cette SAR étaient jusqu'à présent réparties dans les autres situations à risque. Il est apparu intéressant à Orthorisq de regrouper toutes ces situations afin de pouvoir approfondir l'analyse.

Les déclarations traitées en 2022 représentent 10.8% (171/1579).

EPR ciblé du programme de la spécialité

- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'une grille d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Echange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

• Problématiques identifiées,

Liste des causes immédiates de la situation à risque	Défaillance dans l'Information Défaut d'organisation des soins à la sortie Défaut de communication dans la préparation de l'intervention Défaut de communication lors de la phase préopératoire et du circuit patient Défaillance dans la mise en œuvre de la check-list, en particulier son troisième temps Défaut de communication entre professionnels au bloc opératoire (équipe chirurgicale, chirurgien/IDE, chirurgien/anesthésiste) Défaut de communication lors de la transmission en sortie de bloc opératoire
---	--

	Défaut de collaboration entre médecins lors de la prise en charge en unité d'hospitalisation
Liste des conséquences de la situation à risque	Annulation d'intervention ou no go Interruption de procédure chirurgicale Complication à domicile par erreurs de prescriptions Erreur de site opératoire, Défaillance de la prescription des traitements anticoagulants avec accident hémorragique ou thrombo-embolique Complications infectieuses par défaut de transmission

- **Connaissances acquises,**

Liste des barrières de la situation à risque	Protocoles existants et disponibles validés par la CME Participation du patient à sa prise en charge Prescription anticipée des soins postopératoires Organisation anticipée des soins postopératoires Formation des professionnels médicaux et paramédicaux Evaluation et formation au travail en équipe Organisation afin de respecter la check-list et son troisième temps Application de la SSP sur les relations anesthésiste chirurgiens Implication des professionnels médicaux et paramédicaux
---	--

- **Stratégies à mettre en œuvre**

- Meilleure évaluation des procédures de communication
- Adaptation des protocoles
- Formation des personnels à la communication en équipe
- Adaptation des procédures anesthésiques
- Respect de la continuité des soins
- Organisation du circuit patient avec développement de procédure de communication inter équipe (hospitalisation/bloc opératoire)
- Organisation minutieuse de la sortie du patient
- Mise en place d'un briefing /débriefing régulièrement entre les équipes

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Les résultats des dysfonctionnements induits par le travail en équipe, ou la présence de personnel intérimaire ou vacataire ont été restitués lors de la table ronde sur ce thème lors de la matinée orthorisq 2022

Documents téléchargeables	
Pour les experts	https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins
Pour les médecins	https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf

Périmètre d'applicabilité	
Situation à risque inter-spécialités	Oui
Champs d'activités concernés	Toutes activités chirurgicales,

2.2.23. Cimentation des tiges fémorales des prothèses de hanche

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2020.

Les prothèses fémorales cimentées peuvent être à l'origine d'accidents graves pouvant conduire au décès des patients lors de l'introduction du ciment puis de la prothèse dans le fût fémoral, par passage dans la circulation sanguine de lobules graisseux de la moelle osseuse voire de fragment de polyméthylmétacrilate. Ce passage peut entraîner une hypoxie associée ou non à une hypotension. Ce phénomène a été décrit sous le nom de Bone Cement Implantation Syndrome (BCIS) par Donaldson et al.

L'enjeu est de prévenir un éventuel BCIS lors de la cimentation de l'implant fémoral d'une prothèse totale de hanche en particulier en traumatologie chez le patient âgé par un échange d'information entre chirurgien et anesthésiste évaluant la balance bénéfico-risque sur le choix du mode de fixation de l'implant fémoral et de la réévaluation des risques per-opératoires lors de la cimentation fémorale.

Sollicitation d'Orthorisq par le CNP-SoFCOT suite au recueil par l'ANSM d'EIG avec 10 décès déclarés par 2 établissements en 3 ans.

- **Modalités d'analyse**

Il est prévu en 2020 d'analyser cette SAR selon les modalités suivantes :

- Questionnaires adressés aux membres d'Orthorisq et du CFAR
- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

En 2022 on note 14 déclarations sur 1579, soit 0.8%.

- **Problématiques identifiées,**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<p>L'ignorance</p> <p>L'opérateur ne connaît pas l'incidence du choix du mode de fixation de la tige fémorale sur la prévention du risque de BCIS pour le patient.</p> <p>L'anesthésiste ne connaît pas les risques liés au choix du mode de fixation de l'implant fémoral qui sont fonction de l'anatomie ou de la qualité osseuse.</p> <p>Le mésusage</p> <p>L'absence de lavage de la cavité médullaire et de drainage fémoral lors de l'introduction du ciment peuvent majorer le risque de survenue de BCIS.</p> <p>Occlusion fémorale</p> <p>L'usage du bouchon fémoral, recommandé afin d'améliorer la qualité du cimentage, a cependant pour conséquence d'augmenter le risque de BCIS par élévation automatique de la pression intra-canalair lors de la pressurisation du ciment</p>
------------------------------------	--

- **Connaissances acquises,**

<p>Liste des barrières</p>	<p><u>Barrières de prévention locales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification du risque patient - Connaissance des techniques de fixation fémorale et de leurs conséquences en termes de risque patient - Connaissance du monitoring nécessaire et des « constantes à équilibrer avant la cimentation ». - Information et discussion entre le chirurgien et l'anesthésiste sur le type de fixation fémorale choisie
----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Information par le chirurgien lors du temps de cimentation et respect de l'autorisation de l'anesthésiste pour démarrer la procédure - Information par le chirurgien lors du temps de réduction de la prothèse si cette dernière est réalisée avant la prise finale du ciment. - Diminution de l'hyperpression dans le fût fémoral au moment de l'introduction du ciment (lavage, drainage) <p><u>Barrières de prévention institutionnelle (souhaitables) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de recommandations de prise en charge lors de la cimentation de tiges fémorales (CFAR) - Diffusions des risques de la cimentation fémorale et des alternatives (Orthorisq, CNP-SoFCOT) - Respect systématique d'un échange d'information entre anesthésistes et chirurgiens, <ul style="list-style-type: none"> o Idéalement, dès les consultations pré-opératoires, avec identification des patients à risque o Lors du temps 2 de la check liste : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussion de la technique de fixation fémorale qui sera utilisée o Durant l'intervention en présence de l'anesthésiste ou de l'IADE, échange permanent d'information sur les temps opératoires à risque <p><u>Barrières d'atténuation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Retarder les interventions semi-urgentes si les facteurs de risque patient sont insuffisamment contrôlés - Contrôle de la fonction rénale (urgence /réglée) - Attention particulière si le patient est sous traitement anti-hypertenseur type Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) <p>Attention particulière en cas d'anesthésie intra-durale avec ses conséquences vasoplégiques</p>
--	--

• **Stratégies à mettre en œuvre**

Améliorer la formation des professionnels :

- Sur l'identification des patients à risque
- Sur une meilleure connaissance des risques inhérents aux techniques chirurgicales de cimentation
- Sur une meilleure connaissance des procédures anesthésiologiques de sécurité en cas de cimentation

Assurer la communication :

- Sur le mode de fixation fémorale envisagée communiqué par le chirurgien à l'anesthésiste, au mieux lors de la consultation pré-anesthésique (orthopédie), avant l'induction anesthésique (traumatologie) et au plus tard lors du 2ème temps de la check liste.
- Sur les temps à risque en per-opératoire

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

SSP en cours de validation par la HAS : publication printemps 2023.

2.2.24. COVID

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2020

La survenue de l'épidémie Covid 19 a bouleversé l'organisation du système de santé. L'arrêt de toute activité programmée à compter du 15 mars 2020 a pour conséquence le retard de prise en charge de patients avec probablement une chirurgie plus complexe lors de la reprise d'activité. La 2^e difficulté liée au phénomène épidémique est le risque de contamination d'un patient en cours de son hospitalisation, ou surtout le développement d'un Covid 19 grave ou des cours de l'intervention chirurgicale soit par contamination postopératoire soit par révélation en postopératoire d'une forme asymptomatique. Le dernier risque est constitué par la possibilité d'une contamination des équipes soignantes par un patient atteint.

Il est avéré que les patients qui développent un Covid 19 en postopératoire ont un risque majeur de présenter une forme grave de celui-ci avec un taux de mortalité élevée (28 %).

Les professionnels de santé n'ont pas de marge de manœuvre vis-à-vis de l'interdiction des activités programmées. Toutefois, il est important de mesurer le rapport bénéfice risque face à un patient dont l'évolution de la pathologie pourrait entraîner une aggravation de séquelles fonctionnelles en cas de non prise en charge. Il existe également des situations dans lesquelles le risque vital peut-être engagé en particulier dans le cadre de la chirurgie tumorale. Enfin, la traumatologie doit être prise en charge dans les conditions les plus normales possibles

Le risque de développement d'un Covid au décours d'une hospitalisation reste possible, la mise en place de mesures barrières spécifiques permet de limiter au maximum cette possibilité, de même que le dépistage par questionnaire et test en cas de doute.

Le risque de contamination des équipes soignantes est lui aussi avéré. Sa réduction passe par le respect des mesures barrières, la protection des professionnels ainsi que le dépistage.

Le dépistage, l'identification des patients à risque de forme grave, la protection des personnels, la mesure du rapport bénéfice risque avant une décision chirurgicale effectuée dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire sont les moyens les plus efficaces afin d'atténuer les conséquences de l'épidémie sur l'acte chirurgical

- **Modalités d'analyse**

Il est prévu en 2020 d'analyser cette SAR selon les modalités suivantes :

- Questionnaires adressés aux membres d'Orthorisq
- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

En 2022, on relève 56 déclarations sur 1579 (3.5%).

• **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<p>Phase préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de diagnostic d'une pathologie Covid • Contamination d'un patient ou contamination par un patient <p>Phase peropératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contamination de l'équipe chirurgicale <p>Phase post opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contamination en cours d'hospitalisation • Développement d'un Covid en postopératoire • Développement d'une forme grave
------------------------------------	---

• **Connaissances acquises**

<p>Liste des barrières</p>	<p>Phase préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • identification des patients à risque de forme grave • Questionnaire préalable de dépistage • Température • Dépistage par test PCR au plus près de l'hospitalisation ou lors de l'hospitalisation en cas de chirurgie non programmée. • Évaluation du rapport bénéfice risque par concertation multidisciplinaire • Scanner thoracique en cas de chirurgie lourde ou doute clinique • Favoriser les gestes non invasifs ainsi que les anesthésies locorégionales • Parcours différencié pour les patients Covid positifs et négatifs avec isolement des patients positifs pour lesquels une intervention chirurgicale est indispensable. • Mesures barrières strictes avec port de masques obligatoires pour les patients les soignants. <p>Phase peropératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures barrières • protection du personnel (masques lunettes visières) • Procédure d'intubation et d'extubation • Désinfection des surfaces • Salle dédiée en cas de patients Covid positif
----------------------------	--

	<p>Phase postopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance régulière • Dépistage au moindre doute • Eviter les transferts en SSR • Réduire les durées d'hospitalisation maximum
Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de prise en charge • Développement d'une forme de Covid grave en postopératoire • Séjour en réanimation • Infection du site opératoire • Majoration du risque péri opératoire • Perte de chance pour le patient • Séquelles fonctionnelles • Décès

- **Stratégies à mettre en œuvre**

- Renforcer le travail en équipe
- Intérêt de la concertation multidisciplinaire
- Respect des mesures barrières
- Implication de tous les professionnels
- Dépistage

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Communication lors de la journée Orthorisq en février 2021 sur les cas d'EIAS recensés ainsi que sur l'enquête réalisée auprès des adhérents.

2.2.25. Situation tunnélisante

- **Enjeux**

Cette SAR a été créée en 2020

Qu'est-ce qu'une situation tunnélisante ? une situation à risque, pendant laquelle nous ne voyons pas les signaux qui devraient nous faire modifier notre attitude ». Plus schématiquement, il s'agit d'un incident par aveuglement de l'opérateur ou de l'équipe.

Cela peut-être la décision d'opérer alors que les conditions ne sont pas réunies au lieu de décider d'un No go. Cela peut-être le fait de s'acharner à retirer du matériel d'ostéosynthèse alors que l'on ne dispose pas de l'instrumentation adéquate. Cela peut-être un saignement anormal ou inhabituel, des signaux anormaux du côté anesthésiste. Cela peut être également une erreur de côté ou de site opératoire.

Cette situation est bien connue en aéronautique sous le nom de « syndrome de la piste d'atterrissage ou destinationite ».

Un certain nombre d'éléments favorables sont déjà identifiés

- chirurgie longue et éprouvante
- stress et fatigue de l'équipe chirurgicale
- survenue de complications peropératoires ou d'une situation chirurgicale imprévue
- excès de confiance dans une situation de routine
- excès de hiérarchie

Bien que celle-ci se produise le plus souvent au bloc opératoire, elle peut également survenir lors de toutes les phases de la prise en charge du patient depuis son admission jusqu'à la sortie.

Il existe plusieurs temps où les décisions doivent se réaliser de manière collective avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Tout d'abord le temps précédant l'intervention, durant lequel le chirurgien doit réfléchir et préparer son intervention, cette réflexion peut être collective à l'occasion d'un staff pré opératoire en équipe, puis il doit donner les bonnes informations à son patient, être en mesure éventuellement de décaler une opération si les conditions ne sont pas optimales.

Lors de l'intervention, des facteurs de stress peuvent faire « entrer » l'opérateur en situation tunnelisante. Chaque personne de l'équipe peut participer à l'analyse de la situation anormale, pour aboutir à une décision collégiale, voir solliciter une autre personne en renfort.

En instituant :

- Ces mécanismes de prévention,
- Les procédures standardisées,
- Une bonne communication au sein des équipes permettant l'écoute et l'acceptation des remarques des autres,
- En mettant de côté les « ego »,

Les professionnels du bloc opératoire peuvent éviter ces situations tunnelisantes

• **Modalités d'analyse**

Il est prévu en 2020 d'analyser cette SAR selon les modalités suivantes :

- EIAS ciblé du programme de la spécialité
- Création d'un groupe d'expert dédié à leur traitement
- Recueil et analyse des déclarations après réalisation et validation d'un questionnaire d'analyse
- Identification des situations à risque des causes immédiates et des barrières en fonction des résultats de l'analyse des premiers questionnaires.
- Échange de message et demande de compléments d'information permettant la déclaration de la déclaration et à visée pédagogique pour le déclarant

En 2022, on dénombre 29 déclarations sur 1579 (soit 1.8%).

• **Problématiques identifiées**

<p>Liste des causes immédiates</p>	<p>Phase préopératoire : absence de prévision et d'avertissement sur les risques et les alternatives thérapeutiques au cours du geste opératoire (briefing ou staff préopératoire)</p> <p>Phase peropératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitude fermée ou agressive du chirurgien, empêchant tout dialogue • Alertes des anesthésistes, IADE ou IBODE non prises en compte • Manque de concentration • une durée anormalement longue de l'intervention • Absence de suivi des constantes usuelles • Manque de concertation avec l'anesthésiste sur l'état du patient • Absence de concertation entre collègues spécialistes à l'occasion de complications ou de difficultés • Ne pas appeler à l'aide un collègue en cas de difficultés • Confiance absolue dans les logiciels médicaux, les robots, les logiciels de navigation <p>Phase post opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de vérification de la prise de traitements • Absence de vérification de l'arrêt de traitements • Défaut de participation de l'équipe médicale et paramédicale
------------------------------------	--

• **Connaissances acquises**

<p>Liste des barrières</p>	<p>Phase préopératoire : staff préop , Briefing , chek list</p> <p>Phase peropératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitude sereine et ouverte • Concentration • Demander aux différents acteurs du bloc si tout va bien • Demander un avis à un collègue si nécessaire • Solliciter l'entourage immédiat en cas de difficulté • Alerte prévue si plus d'une heure de garrot ou dépassement anormal du délai opératoire prévu <p>Phase postopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion en équipe • Définir qui fait quoi • Révision journalière du traitement (anticoagulants, traitement personnel) <p>Dépistage des complications par tout l'équipe</p>
----------------------------	---

Liste des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de prise en charge • Erreur de site • Hémorragie • Infection du site opératoire • Majoration du risque péri opératoire • Perte de chance pour le patient • Séquelles fonctionnelles • Décès
------------------------	---

- **Stratégies à mettre en œuvre**

- Apprendre le travail en équipe
- Améliorer la concertation et le dialogue
- Insister sur le briefing préopératoire et le débriefing post opératoire
- Impliquer tous les professionnels de l'équipe dans la check list
- Atténuer la notion de hiérarchie

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

Communication lors de la journée Orthorisq en Novembre 2021 sur les cas d'EIAS recensés

Une SSP 3 sur les situations tunnelisantes est en cours de publication (Printemps 2023)

2.2.26. Reprogrammation opératoire

- **Enjeux**

En 2022, 40 déclarations ont été dénombrées sur 1579, soit 2.5% des déclarations.

La gestion de la reprogrammation opératoire est une phase critique et dangereuse dans l'organisation générale de l'activité chirurgicale. Tous les chirurgiens ont déjà été confronté à cette situation.

La période COVID a généré de multiples déprogrammations puis reprogrammations opératoires, parfois à plusieurs reprises pour le même patient.

A cette occasion, Orthorisq a enregistré de nombreuses déclarations d'EIAS entrant dans ce cadre. L'analyse de ces EIAS a montré qu'il s'agissait d'une situation à risque particulièrement dangereuse pour les patients.

Les problèmes rencontrés étaient variables. Il s'agissait le plus souvent d'une erreur dans la prise en charge des patients. Cette erreur pouvait relever d'une mauvaise retranscription dans le nouveau libellé opératoire générant alors une erreur de site opératoire, ou parfois cela concernait une erreur dans la commande du matériel nécessaire (DMI, DMS, colonne arthroscopie...) aboutissant ainsi à l'absence du matériel nécessaire le jour « J ».

Fréquemment, on a observé un changement du type d'anesthésie qui avait été choisi par le patient lors de précédente consultation d'anesthésie (AG au lieu d'une ALR ou inversement) générant un mécontentement des patients. Cette problématique était observée lorsqu'il n'y avait aucune communication entre les différents anesthésistes et que le dossier médical était incomplet. Malheureusement, cette liste de difficultés n'est pas exhaustive.

Parfois, compte tenu du délai écoulé depuis la déprogrammation (plusieurs mois), la technique opératoire nécessaire devenait différente. Ainsi, alors qu'une prothèse de hanche simple était initialement programmée, le délai écoulé a

entraîné une destruction importante du cotyle et au moment de la reprogrammation, une reconstruction cotyloïdienne était devenue nécessaire. Celle-ci n'ayant pas été prévue lors de la commande du matériel, le jour « J » le chirurgien a découvert que la technique opératoire ne pouvait pas être la même que celle qu'il avait initialement prévu. Il a dû renoncer et reporter l'intervention après avoir commandé un matériel spécifique pour reconstruire le cotyle.

Ailleurs, l'opérateur a découvert cette problématique en per opératoire après l'incision car il n'avait pas pensé à demander des radiographies récentes au moment de la reprogrammation. Il a dû stopper l'intervention et prévoir une reprise chirurgicale à distance avec le matériel adapté.

Plus simplement, il s'agissait d'un kyste synovial du poignet qui avait disparu depuis la dernière programmation et qui a été découvert au dernier moment chez un patient entrant en salle d'opération, ou encore d'une calcification de l'épaule qui avait éclaté et disparu depuis la dernière programmation.

L'absence de cette calcification d'épaule n'a pas toujours été diagnostiquée avant l'intervention et il s'agissait parfois d'une découverte opératoire lors d'une intervention qui devenait pour le coup inutile.

La situation a été parfois plus compliquée du fait d'une incompréhension entre le patient et l'équipe médicale, celui-ci avait changé d'avis sur le côté qu'il souhaitait faire opérer, ou encore sur la technique opératoire surtout lorsque le chirurgien avait évoqué la possibilité de réaliser deux techniques différentes selon le choix du patient.

Souvent, le patient n'avait pas compris ou n'avait pas suivi à la lettre les consignes pré opératoires. Il avait oublié de revenir en consultation d'anesthésie pré opératoire, il n'avait pas stoppé un traitement médical (anticoagulants...) qui pouvait contre indiquer l'intervention, il n'avait pas suivi la préparation cutanée comme prévu, il n'avait pas respecté les horaires d'entrée en hospitalisation et avait désorganisé le programme opératoire, il s'était présenté avec un test COVID qui n'était plus valide alors qu'il l'était lors de la première programmation.

Les conséquences ont pu être graves entraînant à plusieurs reprises une erreur du site opératoire, parfois la nécessité de faire un NO GO (avant incision) retardant l'intervention ou entraînant son report. Plus grave encore, il y a eu des arrêts de la procédure chirurgicale après incision ayant imposé des reprises chirurgicales à distance.

Comment éviter ces dysfonctionnements ? Est-ce vraiment au chirurgien de s'occuper de ces problèmes administratifs alors qu'il est déjà souvent débordé par les nombreuses tâches à réaliser ?

Certains ont pu penser que leur secrétaire serait à même de gérer avec la responsable du planning opératoire ce genre de problèmes.

En réalité, seul l'opérateur est à même de reprogrammer un patient déjà programmé en suivant exactement la même procédure que lors de la programmation initiale, car il est le seul à pouvoir éviter les écueils évoqués précédemment.

- **Modalités d'analyse**

Analyse des EIAS déclarés sur des incidents liés à une reprogrammation opératoire.

Mots Clés - Reprogrammation opératoire

- Check list matériel 48 heures avant une intervention
- Check list au bloc opératoire
- Erreur de libellé opératoire
- Erreur de site
- Erreur d'indication
- Matériel absent
- Consignes pré op
- NO GO

- Arrêt de procédure

- **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates

- Erreur de libellé opératoire.
- Erreur de site opératoire
- Erreur d'indication opératoire
- Matériel non disponible ou non conforme
- Changement inopiné du type d'anesthésie
- Changement imposé de technique opératoire
- Changement d'avis du patient (coté, technique opératoire)
- Oubli d'arrêt d'un traitement médical (anticoagulants)
- Mauvaise préparation cutanée
- Changement d'horaire d'hospitalisation (désorganisation services et bloc)
- Tests covid invalides

- **Connaissances acquises**

Liste des barrières

- La reprogrammation doit être réalisée exactement comme si c'était la première fois
- La reprogrammation doit être réalisée par l'opérateur qui est le seul à pouvoir déjouer les causes immédiates d'EIAS

Conséquences :

- Intervention annulée
- Désorganisation du service
- Désorganisation du bloc opératoire
- NO GO
- Arrêt de procédure
- Reprise chirurgicale à distance

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

- Penser à ces risques dès que l'on doit faire une reprogrammation opératoire
- Reprogrammer un patient c'est refaire les mêmes procédures que lors de la première fois
- L'opérateur ne peut pas se décharger de ces procédures sur son secrétariat
- Seul l'opérateur est à même de reprogrammer un patient dans les mêmes conditions de sécurité que la première fois

Une communication a été réalisée lors de la matinée ORTHORISQ de novembre 2022 et une SSP3 sur ce sujet a été acceptée par la CRIS du 17/11/2022 (Début des travaux : Automne 2023).

2.2.27. Faire une évaluation individuelle de sa relation « patients »

- **Enjeux**

Notre relation avec les patients est un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage.

Elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique.

Cette relation est devenue un point central qui devra être pris en compte par tous les professionnels de santé.

Orthorisq a enregistré depuis 2019, 132 déclarations d'EIAS entrant dans ce cadre. L'analyse de ces EIAS a montré qu'il s'agissait de situations à risques souvent dangereuses pour les patients. Elles étaient survenues dans 60 cas en pré opératoire, dans 32 cas pendant l'hospitalisation et dans 40 cas en post opératoire.

Les problèmes étaient variables :

a/ En pré opératoire dans 19 cas les patients n'ont pas stoppé leur traitements anticoagulants malgré les consignes données par les chirurgiens et les anesthésistes, 7 fois les patients ont eu des comportements anormaux (ils sont arrivés en retard dans un circuit court, ils ont été agressifs dans leurs propos), 10 fois la préparation cutanée était incompatible avec la chirurgie en raison d'une infection ou d'une dermite à proximité du site opératoire, dans 4 cas le test PCR COVID n'avait pas été réalisés malgré la demande lors des consultations pré opératoire, dans 4 cas l'imagerie pré opératoire avait été oubliée et dans 14 cas une information clés était manquante, soit de la part du chirurgien dans 4 cas (pas d'information donnée sur le type d'intervention à venir, une voie antérieure non indiquée par exemple pour une arthrolyse du rachis, etc..), soit de la part du patient qui a oublié 7 fois de déclarer une allergie pourtant connue avant une intervention ou qui a refusé de signer un consentement dans 3 cas.

b/ Pendant l'hospitalisation, 13 fois le patient a changé d'avis sur le côté à opérer ou sur la technique opératoire retenue (arthrolyse d'un doigt versus arthrolyse...), 8 fois il a refusé un type d'anesthésie (AG ou ALR), soit parce que ce n'était pas l'anesthésie prévue initialement, soit encore parce que l'anxiété du patient apparue en cours d'hospitalisation l'a conduit à refuser un type d'anesthésie qu'il avait accepté lors de la consultation pré opératoire.

A 7 reprises il y a eu des situations de paniques en salle d'op avec un refus formel d'être opéré juste avant l'induction et un retour du patient dans sa chambre sans intervention. Signe de notre époque, une patiente a été reprimandée car elle filmait les autres patients encore endormis en salle de réveil avec son téléphone portable et envisageait sérieusement de les mettre en ligne sur les réseaux sociaux.

Enfin dans 4 cas une erreur de site a été évitée in extrémis car des patients pourtant éveillés ont confirmé le mauvais côté à opérer.

c/ En post opératoire dans 20 cas les consignes données par l'équipe médicale n'ont pas été respectées, avec des patients qui se sont levés seuls et ont chuté entraînant des fractures post opératoire.

D'autres n'ont pas réalisé les pansements comme cela avait été prescrit et ont développé des infections post opératoire, il y a eu aussi plusieurs sorties inopinées de patients pressés avant même l'autorisation des chirurgiens référents.

8 patients ont refusé de sortir le soir même comme prévu, soit parce qu'ils ont eu peur des douleurs post opératoire ou encore en raison de la persistance d'un bloc moteur ou sensitif neurologique.

Dans 8 cas les patients ont mal gérés les anticoagulants malgré les prescriptions de sorties, soit en prenant simultanément des HBPM, des AVK et/ou des NACO, soit encore en oubliant de reprendre leur traitement anticoagulants en cours, dans les premiers cas il y a eu des hématomes imposants parfois une reprise chirurgicale, et dans les autres cas on a noté une phlébite et une embolie pulmonaire.

Dans 4 autres cas c'est l'information post opératoire qui était en cause, car elle n'avait pas été donnée, 2 fois par le praticien avec une perte de confiance du patient et un nomadisme médical, et dans 2 autres cas il s'agissait de patients hospitalisés en ambulatoire qui n'ont pas prévenu l'équipe médicale qu'ils seraient seuls à leur domicile le soir de leur intervention.

Malheureusement, cette liste de difficultés n'est pas exhaustive et Orthorisq a voulu en savoir plus sur les dysfonctionnements déclarés en réalisant une enquête auprès de ses 1800 adhérents.

Cette enquête a confirmé les mêmes problématiques. Les premiers résultats de cette enquête indiquent que le terme de plus emblématique de cette relation est « La qualité de l'écoute du patient » puis on note aussi « la pertinence des soins ».

Le besoin d'une information pré opératoire claire et adaptée est considérée comme indispensable. Le consentement du patient aux soins est retenu comme « un droit inaliénable ».

Les chirurgiens indiquent cependant que les consignes pré opératoires ne sont pas toujours respectées : non respect du jeûn pré opératoire, imagerie oubliée, mauvaise préparation cutané, tabagisme non stoppé, anticoagulants mal gérés.

En cours d'hospitalisation, il peut exister des situations de conflits avec des patients pressés et stressés psychologiquement fragiles. Il y a aussi des terrains psychiatriques plus ou moins connus et traités qui peuvent déclencher des violences verbales voir physiques plus rarement mais qui restent difficiles à gérer en dehors des services spécialisés.

Certains patients devraient clairement pouvoir bénéficier de circuit dédiés compte tenu de leur impossibilité de communiquer avec l'équipe médicale. D'autres devraient être pris en charge dans des services sécurisés adaptés (terrain psychiatrique, soins en milieu carcéral).

En post opératoire les consignes de prudence ne sont pas toujours respectées, et il y a eu des chutes fréquentes avec parfois des fractures post opératoire. Les pansements et les soins locaux ne sont pas toujours réalisés selon les consignes données et peuvent être responsables parfois d'infections du site opératoire. Un tabagisme actif peut compléter ce tableau avec des troubles de la cicatrisation des parties molles et des retards de consolidation osseuse.

Le risque Médico Légal reste très prégnant dans les esprits des chirurgiens qui le redoute et reconnaissent pratiquer une Médecine Défensive pour la moitié d'entre eux.

Les conséquences de tous ces dysfonctionnements ont pu être graves entraînant à plusieurs reprises une erreur du site opératoire, parfois la nécessité de faire un NO GO (avant incision) retardant l'intervention ou entraînant son report. Plus grave encore, il y a eu des arrêts de la procédure chirurgicale après incision ayant imposé des reprises chirurgicales à distance.

La mauvaise gestion des anticoagulants a entraîné des hématomes imposants des reprises chirurgicales, ou encore des embolies pulmonaires en cas d'oubli de reprise des anticoagulants. Il y a eu des chocs anaphylactiques pour des allergies connues mais non déclarées. Il y a eu des infections du site opératoire lorsque les soins locaux n'étaient réalisés correctement ou encore lorsque les patients continuaient un tabagisme actif important en péri-opératoire.

Comment éviter ces dysfonctionnements ? les chirurgiens doivent prendre en charge des patients de plus en plus informés et critiques. La charge de travail des chirurgiens est de plus en plus importante et le manque de temps est aggravé par le poids des tâches administratives.

Il faut probablement améliorer la formation des chirurgiens en leur donnant des outils pour qu'ils puissent dans un premier temps évaluer la qualité de «leur relation patient», puis dans un second l'améliorer progressivement en suivant des formations adaptées.

Il faut aussi insister sur l'importance de l'esprit d'équipe Pluridisciplinaire pour assurer au patient tout au long de son parcours de soins, une prise en charge agréable, rassurante, cohérente, compétente, coordonnées et sécurisée. Cette organisation des soins passe certainement par une Accréditation Multidisciplinaire des équipes.

Enfin il faut impliquer le patient au maximum dans son parcours de soins (le rendre Patient Acteur) et instaurer à chaque que cela est possible « une Décision Médicale Partagée ».

• **Modalités d'analyse**

Tous les EI en lien avec des problèmes de relation avec les patients sont évalués et colligés pour analyse.

En 2022, une première analyse a retrouvé 128 déclarations sur 1544 sur ce thème, soit 8.3% des déclarations.

Dans le nouveau programme F une activité spécifique d'évaluation de la relation avec le patient est créée sur les modalités ci-après :

Chaque praticien doit réaliser une évaluation annuelle individuelle de sa Relation Patients par le biais de 25 questionnaires qu'il doit faire remplir par ses patients. Ces questionnaires doivent être joints dans le SIAM et sont récupérés par les experts en charge des bilans.

Les 10 questions de cet auto-questionnaire patient apprécient plusieurs dimensions de la relation patient-chirurgien, telles que l'information, la communication, la disponibilité, l'écoute et l'empathie.

Les experts d'Orthorisq feront une analyse de ces questionnaires de façon anonyme.

• **Problématiques identifiées**

Liste des causes immédiates

- Non respect des consignes pré opératoires
- Défaut d'information du patient
- Défaut d'information du chirurgien
- Comportement anormal du patient pendant l'hospitalisation
- Non respect des consignes post opératoires
- Patient non communiquant
- Terrain psychiatrique
- Service d'hospitalisation inadapté au patient
- Mauvais gestion des anticoagulants (pré et post op)
- Mauvaise préparation cutanée
- Tabagisme actif
- Changement d'horaire d'hospitalisation (désorganisation services et bloc)
- Tests covid invalides

- **Connaissances acquises**

Liste des barrières

- Formation des chirurgiens (évaluer et améliorer la qualité de la Relation Patient)
- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Décision Médicale Partagée

Hospitalisation dans des filières dédiées (patients non communicants- patients psychiatriques)

Listes des conséquences

- Intervention annulée
- Désorganisation du service
- Désorganisation du bloc opératoire
- NO GO
- Arrêt de procédure
- Reprise chirurgicale à distance (hématomes et infections)
- Choc anaphylactique

- **Modalités envisagées de mise en œuvre**

- Mise en place d'une activité obligatoire validante pour l'Accréditation. Savoir évaluer sa relation Patient. Pouvoir l'améliorer.

(questionnaire en ligne dans le programme F)

- Organiser régulièrement des formations pour améliorer cette Relation
- Promouvoir des forums de discussions et d'échanges sur cette relation entre chirurgiens (réseaux sociaux, applications smartphone etc..)

Présentation lors d'une première table ronde lors de la matinée ORTHORISQ de novembre 2022 (Responsable de la table ronde Dr Eric BENFRECH).

Intégration de cette SAR dans les activités obligatoires du programme d'accréditation F.

2.3. Prise en compte par les adhérents des principaux résultats des enquêtes réalisées par Orthorisq

Tous les adhérents sont invités en cours d'année à confronter leurs réponses personnelles aux enquêtes menées par Orthorisq avec les résultats de ces enquêtes quand au moins 5 à 10% des adhérents y a répondu. La réponse aux enquêtes étant devenue obligatoire dans le bilan de chaque adhérent, le taux de réponse est dorénavant de plus de 90%. Les principaux résultats des enquêtes des cinq dernières années répondant à ce prototype sont exposés ci-après

2.3.1. Patient connecté (enquête menée en mars 2017 ; 913 réponses complètes)

Cette étude confirme :

- La réalité de l'émergence des nouvelles technologies à tous les stades du parcours du patient
- Que la gestion des appels des patients est dévolue majoritairement au praticien ou à son secrétariat en préopératoire, et plutôt à une IDE de l'établissement en postopératoire
- Que les couts sont supportés très majoritairement par les praticiens en préopératoire, et par les établissements en postopératoire
- Que le patient connecté n'est pas encore une réalité courante, puisqu'utilisé par moins de 3% des praticiens
- Que sur le plan de la sécurité des patients, ce suivi a permis de déceler précocement des complications, et n'a pas encore été à l'origine d'une sinistralité particulière

2.3.2. Cimentation des tige fémorales (enquête menée en mars 2017 ; 1277 réponses complètes)

9.6% des chirurgiens cimentent toujours, 17% jamais et 52.42% parfois.

Le choix se fait surtout en fonction de la qualité osseuse (45%), d'une mauvaise adaptation de la tige (30%), de l'âge du patient (25%).

50.8% des Cimenteurs utilisent toujours un ciment aux antibiotiques.

La technique la plus répandue est la seringue sous pression avec drain (36%).

36.45% des Cimenteurs utilisent un bouchon résorbable, 19.22% un bouchon non résorbable.

46.5% des chirurgiens attendent le feu vert de l'anesthésiste pour cimenter

2.3.3. Marquage (enquête menée en juin 2017 ; 1008 réponses complètes)

Le marquage ou niveau est systématiquement noté sur le programme dans 95% des cas.

Le chirurgien est présent systématiquement avec le patient et le dossier lors de la check-list avant anesthésie (AG+ALR) dans 45.6% des cas.

41% des chirurgiens ne marquent jamais.

40% des chirurgiens marquent systématiquement lors des interventions programmées.

20% des chirurgiens estiment que le marquage leur a déjà permis d'éviter une erreur de côté.

35% des chirurgiens sont indécis sur l'utilité du marquage.

46% des chirurgiens pensent que le marquage est un outil de sécurité utile ou indispensable

2.3.4. Programme opératoire (enquête menée en juin 2017 ; 1068 réponses complètes)

Le programme opératoire est informatisé dans 94% des cas.

L'information contenue dans le programme opératoire est extraite de documents informatisés transmis par les cabinets médicaux dans 54% des cas.

Le matériel spécifique en prêt est commandé par les chirurgiens eux-mêmes dans 47% des cas

Il existe un retour de la consultation d'anesthésie en cas de problème dans 90% des cas

La charte du bloc prévoit la présence d'un chirurgien pour la validation du programme dans 62% des cas mais cette condition n'est systématiquement réalisée que dans 25% des cas.

Le programme mentionne le titre de l'intervention dans 99% des cas, le coté dans 96% et les allergies dans 35% des cas.

Il existe un appel téléphonique systématique la veille en hospitalisation de jour dans 74% des cas.

Les commandes de matériel de prêt spécifiques sont validées par le chef de bloc (56%), le chirurgien (23%) ou le pharmacien (21% des cas).

Le matériel reçu est vérifié par le chirurgien dans 19% des cas

2.3.5. Arrêt de procédure (enquête menée d'avril 2018 à septembre 2019 ; 1393 réponses complètes)

Taux de participation : 1393 réponses complètes / 1896 invitations = 73 %

64 % des répondants ont été confrontés un arrêt de procédure

64 % informent les patients en préopératoire de la possibilité d'un arrêt de procédure

C'est le chirurgien qui a décidé l'arrêt dans 66 % des cas, l'anesthésiste dans 28 %

Dans 56 % des cas il s'agit d'une chirurgie prothétique et dans 30 % une ablation de matériel d'ostéosynthèse.

Dans 33 % des cas, la cause de l'interruption est une indisponibilité de matériel, dans 24 % un événement médical grave, dans 16 % des cas, il s'agit de la découverte d'une infection locale.

Dans 74 % des cas, la check-list avait été validée sans anomalie.

Une fois sur deux, l'intervention interrompue a pu être reprogrammée

Dans 95 % des cas il n'y a pas eu de complication lors de la nouvelle intervention.

L'événement a entraîné dans 59 % des cas des modifications de comportement, d'indication opératoire, dans 21 % des réorganisations de circuits des dispositifs médicaux étant 12 % des cas des modifications des procédures de communication entre professionnels

Dans 80 % des cas, le patient a conservé sa confiance à l'équipe. Et dans 91 %, il n'y a pas eu de procédure à l'encontre du chirurgien.

2.3.6. Enquête auprès des adhérents sur l'impact de l'accréditation sur la prise en charge RCP (enquête menée de mai 2018 à septembre 2019 ; 963 réponses complètes)

Taux de participation : 963 réponses complètes / 1903 invitations = 51 %

20 % des adhérents ont fait l'objet d'une résiliation de la part de leur assureur

62 % estiment que leur prime semble stabilisée, par contre 72 % estiment que leur assureur ne prend pas en compte le statut de chirurgien accrédité.

52 % ont constaté un retard dans le remboursement de leur prime RCP, 23 % regrettent que ce retard augmente régulièrement.

67 % estiment qu'Orthorisq a permis une amélioration de leur pratique, a contrario, 25 % considèrent que cela n'a rien changé et ne sert à rien

95 % affirment tenir compte des recommandations d'Orthorisq

43 % des adhérents affirment n'être engagés de l'accréditation que pour la réduction de la prime, toutefois, 33 % estiment que c'est pour améliorer le risque patient.

2.3.7. Check-list au bloc opératoire : comparaison avec enquête 2010 (enquête menée de septembre 2018 à septembre 2019 ; 1091 réponses complètes)

Taux de participation : 1091 réponses complètes / 1905 invitations = 57 %

6 % des répondants affirment de ne jamais participer à la check-list au bloc opératoire contre 28 % en 2010.

94 % participent au timeout contre 73 % en 2010

54 % participent au temps trois de la check-list versus 51 % en 2010, 48 % des anesthésistes participent au temps trois.

En 2018, 60 % des chirurgiens affirment avoir évité un incident grâce à la check-list il s'agissait d'absence ou d'erreur de matériel dans 38 % des cas, d'une possible erreur de site de côté dans 60 %, d'une erreur ou d'oubli d'antibioprofylaxie dans 58,7 %, parfois même d'une erreur de patient dont 11 % des cas.

À propos du ressenti de l'efficacité, 87 % des chirurgiens estiment que la check-list améliore la sécurité du patient contre 67 % en 2010. 22 % estiment que la check-list leur évitera un jour un accident, a contrario 12 % considèrent qu'il s'agit d'une contrainte administrative supplémentaire inutile

2.3.8. RCP (enquête menée de septembre 2018 à décembre 2018 ; 1457 réponses complètes) (Complément paragraphe

A l'occasion de son bilan financier annuel, Orthorisq et ses comptables se sont aperçus qu'il y avait de des anomalies dans le versement de primes de RCP. Cette enquête a servi d'établir un état des lieux.

Taux de participation : 1457 réponses complètes / 1763 invitations = 83 %

93 % des adhérents éligibles ont demandé une participation de la part de la CPAM.

77 % de ces derniers ont obtenus le remboursement, 8 % ne savent pas et plus de 7% déclarent ne pas avoir obtenu de remboursement

2.3.9. Prise en charge des patients sous anticoagulants efficaces au long cours (enquête menée de février 2019 à Septembre 2019; 1700 réponses complètes)

Orthorisq a recueilli depuis 2013 plus de 700 évènements indésirables concernant les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires. Une population de patients pose problème en particulier, celle concernée par la consommation d'anticoagulants à dose efficaces au long cours. Cette enquête vise à recueillir les pratiques en vue de la rédaction de plusieurs solutions pour la sécurité des patients.

Taux de participation : 1700 réponses complètes / 1878 invitations = 91 %

Enquête dont les résultats ont été diffusées lors de la table ronde de la matinée Orthorisq - novembre 2021.

90% des répondants interrogent leurs patients sur la prise d'anticoagulants, et pour 47% un avis cardiologique est souhaitable.

42% des répondants demandent eux-mêmes la consultation auprès du cardiologue. Pour 1/3 des répondants il n'existe pas de protocole dans leur établissement précisant la prise en charge des patients sous anticoagulants efficaces. 79% des répondants donnent des informations spécifiques sur d'éventuelles complications en rapport avec cette anticoagulation.

Pour près de 75%, la réalisation d'un bilan d'hémostase est indispensable. Sur le moment de l'hospitalisation en cas de traitement par anticoagulant, les avis sont partagés : 46% la veille mais 54% non. 60% des adhérents participent à la reprise du traitement, avec des souhait de reprise variable selon les interventions (de 2 jours en chirurgie de la main à 5-6 jours pour les prothèses de hanche et de genoux par ex).

Seuls 42% des répondants s'intéressent en consultation de contrôle à la reprise des anticoagulants.

2.3.10. Erreur de site (enquête menée depuis mai 2019 en cours ; 1717 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1717 réponses complètes / 1816 invitations = 95 %

Sur une période de 40 ans 46% des participants déclarent une ou des erreurs de site avérées.

En moyenne 1.5 erreurs de site par déclarant soit au total 1134 erreurs de site avérées 1134/40 = 28 ES/an.

La population totale des Orthorisqueurs opérerait environ 964 862 patients / an soit une prévalence d'environ 3/100.000.

L'erreur est majoritairement découverte par l'opérateur dans les deux tiers des cas, mais on notera que dans plus de 18% c'est le patient qui découvre.

Sur la conduite après découverte de l'erreur de site, dans plus de 50% des cas le geste a été réalisé complètement, et dans les deux tiers des cas où il s'agissait d'un geste à faire néanmoins plus tard le consentement du patient n'a pas été possible dans près de 62% des cas (AG). Une reprogrammation a été générée dans ¾ des cas avec le même chirurgien (92%).

Parmi les causes les plus fréquentes on note la check list mal faite dans 50% des cas et le marquage non fait dans 1/3 des cas. On peut noter que dans les résultats de l'enquête la check list n'est pas faite dans un tiers des cas et il n'y a pas d'amélioration significative depuis la mise en place de celle-ci (moyenne quasi équivalente pour 100 000 interventions de l'ordre de 54).

L'analyse des erreurs reste autour de 50% avec une répartition équivalente entre RMM, conseil de bloc et réunion de service (env 12-13% chacune). Aucune action médico-légale n'a été entreprise dans près de 80% des cas. Le patient a dans un plus de 71% des cas conservé sa confiance à son chirurgien, et dans plus de 68% le chirurgien a été d'une totale transparence. Sur la RCP dans plus de 88% des cas il y a eu augmentation de la prime.

2.3.11. Burnout (enquête menée depuis juin 2019 en cours ; 1635 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1635 réponses complètes / 1802 invitations = 91 %

Un nouvel axe de l'accréditation des médecins est celui de leur propre état de santé. Un questionnaire assez complet a été adressé aux adhérents avec un temps de réponse de plus de 15 min.

Le temps de travail hebdomadaire est estimé à 56h pour une moyenne de 585 interventions par an.

51% des adhérents ont eu des poursuites judiciaires dans les 5 dernières années.

L'analyse des réponses faisait apparaître un degré élevé d'épuisement émotionnel chez 7% des répondants, un degré élevé de déshumanisation chez 15%, un degré faible d'accomplissement personnel chez 17% et un score GHQ-12 pathologique chez 17%

La distribution sur les 3 axes épuisement émotionnel, déshumanisation et accomplissement personnel a permis de montrer chez les répondants : 33 % de score parfait. Aucun axe pathologique identifié dans 69%, 1 axe pathologique dans 22 %, 2 axes pathologiques dans 6,5 % et 3 axes dans 2% des cas.

Ainsi le Burnout (épuisement + dépersonnalisation) a été observé chez 4,7% des déclarants.

Les aspects les plus gratifiants pour les répondants sont la satisfaction et la gratitude des patients (40%)

Les aspects les plus frustrants sont la pression administrative (18%)

2.3.12. Équipe (enquête menée depuis juillet 2019 en cours ; 1666 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1666 réponses complètes / 1791 invitations = 93 %

Le travail en équipe est devenu un enjeu fondamental dans notre exercice quotidien pour assurer la qualité et la sécurité des soins de nos patients. L'équipe chirurgicale doit s'organiser autour de l'anesthésiste et du chirurgien. Leur relation conditionne le fonctionnement du reste de l'équipe.

Les adhérents considèrent que les éléments les plus importants pour la cohésion de l'équipe sont « bonne entente » et « implication » dans plus de 80 % des cas, « objectifs communs », « compétences » et « solidarité » dans plus de 70% des cas. Le leadership représente par contre moins de 40 %.

Le cœur l'équipe est constituée par : chirurgien, anesthésiste, cadre du bloc, l'IBODE et aide opératoire

Nous formons une équipe soudée dans plus de 80% des cas. L'équipe est moins soudée quand le personnel est instable, avec un rythme différent, démotivé par le management de la direction

Les comportements perturbateurs sont observés de temps en temps (30% des répondants) et gérés le plus souvent par la discussion.

Seulement 15 à 20% assistent au comité de bloc mais plus de 40% considèrent qu'il faut y participer

Plus de 80% ne connaissent pas le « Crew Resource Management » (CRM) mais voudrait en savoir plus

Dans plus de 70 % des cas ce n'est pas l'anesthésiste qui a vu le patient en consultation qui l'endormira. Ainsi, des décisions discordantes entre anesthésistes ont désorganisé le programme opératoire dans 35% des cas au moins 3 fois /an. Un changement du mode d'anesthésie inopiné dans 30% des cas plus de 4 fois par an pour des convenances personnelles.

Mais les échanges techniques et relationnelles avec les anesthésistes sont bonnes dans plus de 70% des cas

2.3.13. Garrot et ALR (enquête menée depuis juillet 2019 en cours ; 1666 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1696 réponses complètes / 1804 invitations = 94 %

Sur plus de 860000 procédures chirurgicales annuelles, plus de la moitié sont effectuées sous garrot pneumatique avec deux interventions prédominantes : PTG et arthroscopie de genou.

80% des garrots utilisés sont électroniques, et dans 75% c'est l'IBODE qui le pose. On peut noter que le chirurgien vérifie la bonne position du garrot dans 60% des cas.

Parmi les problèmes les plus fréquents sans conséquence le plus souvent pour le patient, on note la panne peropératoire (34%) (problème de brassard dans 75% des cas) et erreur de positionnement (13.5%).

Parmi les complications les plus fréquentes (représentants 78% des déclarations), on note la brûlure, la douleur sur le site du garrot et les complications neurologiques pour un total de 462 complications signalés soit 0.05% des réponses.

En conclusion le taux de complications global faible mais complications potentiellement graves

Difficulté à lier certaines complications au garrot seul

Cependant le garrot peut être un facteur aggravant par mésusage (Défaut de contrôle de localisation, Défaut de contrôle lors de l'utilisation...)

Rôle possible d'une ALR associée ?

2.3.14. Prévention des infections de prothèse (enquête menée depuis février 2020 en cours ; 1714 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1714 réponses complètes / 1796 invitations = 95 %

Enquête en cours : l'analyse a été proposée lors de la table ronde sur les infections opératoires de la matinée Orthorisq de novembre 2021.

Parmi les pistes d'amélioration issues de cette analyse on peut noter

Prendre en compte les risques présentés par les patients

- Vérifier l'antibioprophylaxie au moment de la CKL
- Attention à l'effet tunnel
- N'hésitez pas à demander un avis autorisé
- Sécurisez le recueil du résultat des prélèvements
- Ne pas faire l'autruche
- L'infection, c'est un travail d'équipe
- Infectiologue, c'est un métier !
- Faites d'emblée le bon geste !
- Si vous prélevez, assumez !
- Si vous hésitez, passez la main !

2.3.15. Gestion des DMI (enquête menée depuis juin 2020 en cours ; 1430 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1430 réponses complètes / 1818 invitations = 79 %

L'enquête montre que pour 96% des adhérents le programme opératoire est informatisé, mais que dans plus de la moitié des cas, il est impossible au chirurgien de préciser le besoin d'un DMI. Cette situation est due une très grande hétérogénéité dans les supports de commande, les supports de traçabilité (quand ils existent) et les personnes ressources qui commandent, reçoivent et vérifient.

On note qu'une checklist « Matériel » est identifiée dans un tiers des cas.

L'autre enseignement concerne les stocks et leur gestion, pour laquelle on ne retrouve que 30% d'informatisation.

On retrouve massivement des déclarations par DMI manquant, avec 3 origines prédominantes : Commande NON faite, commande MAL faite et défaut de livraison.

Au total sur les quelques 2500 EIAS déclarés, on peut considérer que 1000 n'entraînent rien de plus qu'un retard dans le programme, mais environ 1000 ont généré un report. On peut signaler également 229 changements d'indication ou de matériel en peropérateur et 93 NO GO vrais.

L'EIAS TYPE est un DMI d'utilisation habituelle en chirurgie réglée, en semaine habituelle, avec équipe habituelle... Le plus souvent la découverte se fait en peropérateur...Absence de Checklist matériel clairement définie

Les causes principales sont : Supports de commande multiples peu informatisés et l'absence de référent clairement défini pour les commandes et la réception

Les points clés :

PREVOIR UNE PROCEDURE CLAIRE DE GESTION DES DMI : QUI FAIT QUOI ?

INFORMATISER AU MAXIMUM LA GESTION : DE LA DEMANDE A LA VERIFICATION FINALE

LIMITER LES INTERMEDIAIRES ET LES SUPPORTS

1 REFERENT – 1 SUPPORT – 1 CIRCUIT

2.3.16. COVID (enquête menée depuis avril 2020 en cours ; 1663 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1663 réponses complètes / 1804 invitations = 92 %

Enquête exploitée lors de la table ronde COVID de la webformation 2021.

87% des répondants décrivent une baisse de moral. 5% ont été contaminés et 40% craignent une contamination

En consultation, 21% ont totalement arrêté leur activité et 62% ont subi une baisse de plus de 70%.

55% se sont tournés vers la télé consultation

Pour 40% l'activité de bloc opératoire a été totalement interrompue et pour 49% réduite de plus de 70%.

29% se sont tournés vers une activité non chirurgicale (60% dans la prise en charge COVID)

On notera que 75% n'ont jamais participé à des tests plan blanc.

2.3.17. Impact financier COVID et RCP (enquête menée depuis septembre 2020 en cours ; 1627 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1663 réponses complètes / 1804 invitations = 90 %

3 sous spécialités dominant : Prothèse de hanche, de genou et Arthroscopie. On note également que la traumatologie représente 52% d'activité globale

La première partie est consacrée à l'impact de la crise COVID pendant la période dite de « confinement 1 » du 16/03/2020 au 15/09/2020

Pour ~77% des répondants la perte de CA a oscillé entre 10 et 50%

Pour un peu plus de 3/4 des répondants l'estimation de perte est proche de la réalité

Sur ceux qui ont estimé leur perte exacte, on retrouve le ratio de perte de CA d'environ 71% situé dans la fourchette de 10 à 50% de perte.

Parmi les répondants avec activité libérale, on note 14% d'absence de recours aux dispositifs d'indemnisation pour diverses raisons (trop complexe, non utile, trésorerie suffisante...) et majoritairement pour plus de 76% c'est la compensation CPAM qui a été retenue. Ensuite on note une répartition à parts voisines entre le PGE (26%), les reports d'emprunts personnels (20%) et professionnels (20%), suivi du report des prélèvements à la source des impôts (18%)

En ce qui concerne le recours à la compensation CPAM, 4 options de calcul se distinguent : Pas de difficulté car la CA était quasi nul pour 26% des répondants, le comptable (21%), la qualité du système de télétransmission qui permet d'avoir la valeur facilement (20%) et le logiciel métier du praticien (19%)

Pour la compensation la moitié de ceux qui n'en ont pas demandé pensaient ne pas y avoir droit, pour 20% c'est plutôt par conviction ou parce qu'ils n'en avaient pas besoin. On note également que pour environ 15% des répondants concernés le manque d'information et/ou la complexité du système étaient les raisons mises en avant.

Au niveau de l'information sur les dispositifs possibles, on peut noter que pour 22% des répondants elle est jugée insuffisante. Les deux sources d'information prédominantes ont été la CPAM pour 43% et le comptable pour 41%, suivis par la SOFCOT 22% et le bouche à oreille avec d'autres collègues 20%. Pour beaucoup d'adhérents les sources ont été multiples avec une moyenne de 2.

Pour les répondants employant du personnel (n=1262) le dispositif majoritaire dans plus de 80% des cas a été le recours au chômage partiel.

Pour rattraper l'activité, près de 43% des répondants n'ont pris aucune mesure particulière. Pour les autres, la mesure principale a été pour 79% la diminution du nombre de jours de congés dans l'année. On peut noter qu'un quart a augmenté ses plages de consultations mais que seuls 9% ont augmenté leur plage opératoire

Majoritairement les répondants déclarent n'avoir reçu aucune aide de leurs établissements (77%), voire même décrivent des règles compliquant la prise en charge (Règles de précautions accrues 41% et Test PCR imposé 28%)

La seconde partie de l'enquête évalue les relations des adhérents avec leurs assureurs et la qualité des prises en charges

Sur la prise en charge de la RCP, 3 assureurs représentent plus de 85% du marché (Branchet, MASCF et SHAM)

Plus de 85% des répondants sont libéraux purs

32% des répondants n'a déclaré aucun sinistre sur les 5 dernières années, et pour un peu plus des deux tiers le nombre oscille entre 1 et 5 sinistres avec une moyenne à 2 environ

Pour les déclarations de sinistres, la majorité a concerné la CCI dans près de 75% des cas, suivi par le TGI dans un tiers des cas. On peut signaler qu'environ 1/3 des cas la plainte a été gérée au niveau de l'assureur soit par conciliation, soit par simple demande du dossier sans action en cours.

Globalement plus des deux tiers des répondants sont satisfaits (4) ou très satisfaits (5) de l'assistance reçue par leur assureur.

Au final, sur l'ensemble des praticiens étiquetés libéraux, on note une absence de condamnation finale dans près de 88% des cas et pour les cas avec condamnation, plus de 83% n'ont eu à déplorer qu'une seule condamnation.

La prime RCP annuelle se situe pour 54% des répondants entre 10 k€ et 18k€. On peut signaler que 4% déclarent une prime > 26k€

Pour 64% environ des répondants la prime RCP est jugée excessive (la moitié des déclarations) ou très excessive. Néanmoins 34% la jugent normale.

Plus de 73% des répondants concernés (n=1393) ont reçu une prise en charge de 3000 à 10000€ avec un pic entre 3000 et 7000€ (37%)

Pour près de 82% des répondants leur assureur n'a pas augmenté leur prime

Par contre, on constate que plus de 53% ont changé d'assureurs au cours de leur carrière.

Pour les répondants qui déclarent avoir changé d'assureurs au cours de leur carrière, plus de 60% le font pour des raisons tarifaires plus avantageuses.

Enfin et au regard de la période COVID, l'assureur dans plus de 87% des cas n'a pas prévu de remboursement partiel de la prime RCP.

2.3.18. Situations tunnelisantes (enquête menée depuis décembre 2020 en cours ; 1698 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1698 réponses complètes / 1800 invitations = 94 %

Les situations tunnelisantes sont selon la définition de Didier LEGEAS « une situation à risque, pendant laquelle nous ne voyons pas les signaux qui devraient nous faire modifier notre attitude », dont la première description a été proposée par l'AFU en 2019.

PROFIL DES REpondANTS

On note une prédominance masculine à plus de 93%, avec des répondants d'expérience confirmée (Plus de 50 ans dans plus la moitié des cas et plus de 10 ans d'expérience dans presque 69%). La majorité exerce en clinique (78%) et leur activité se situe entre 100 et 1000 interventions par an pour plus de 91% des répondants. Plus des deux tiers décrivent une activité mixte d'orthopédie et de traumatologie et 3 activités sont globalement prédominantes : Prothèse de hanche, de genou et arthroscopie.

SOUS GROUPE 1 – SITUATION TUNNELISANTE VECUE

Près de 59% des répondants pensent avoir rencontré une ou plusieurs situations tunnelisantes et pour 54% d'entre eux ils auraient été témoin d'une situation de ce type chez un de leur confrère. Pour ceux qui pensent avoir été confronté, ils estiment dans environ 72% des cas avoir été en situation au moins une fois, avec un pic entre 2 et 5 fois (57%). Quand on analyse les réponses libres interprétables (n=812) se détachent 4 types de situations fréquentes : Problèmes techniques (24%), Problèmes infectieux (24%), Ablation de matériel (14%) et erreur de côté (12%).

SOUS GROUPE 2 – VOTRE SITUATION LA PLUS MARQUANTE

Lorsque l'on interroge les répondants sur la situation jugée la plus marquante pour eux,

On constate qu'il s'agissait le plus souvent d'une intervention programmée (64%), habituelle et connue de l'équipe (71%).

L'analyse du contexte de survenue fait ressortir 2 situations principales à répartition équivalente autour de 23% : la mauvaise préparation de la stratégie opératoire et la survenue d'un incident chirurgical peropératoire.

Pour près de 61% des répondants, la situation n'a pas été récupérée. La check list n'a eu que peu d'influence : 89% pensent qu'elle n'a pas permis de redresser.

Sur l'origine liée au strict respect d'une planification les réponses sont nuancées mais pour environ 44% c'est non.

Les deux réactions les plus fréquentes face à une situation de ce type a été soit de poursuivre l'intervention sans se rendre compte qu'il s'agissait d'un tunnel (40%), soit de faire une pause pour réfléchir et trouver une solution (28%).

Enfin, sur les facteurs favorisant la survenue de l'évènement, la répartition est assez équilibrée mais deux facteurs prédominent : « L'intervention se passait mal avec des complications non prévues » (21%) & « L'équipe n'était pas concentrée » (14%)

SOUS GROUPE 3 – CAT FACE A UNE DIFFICULTE

Globalement un tiers des répondants fait régulièrement appel à un collègue en pré opératoire et un autre gros tiers plus occasionnellement.

En cas de difficultés au cours d'une intervention, la majorité (92%) verbalise le problème en salle, principalement avec leur aide (70%) et l'anesthésiste (60%) mais les autres membres de l'équipe sont sollicités par tiers.

Au sujet de la check liste de sécurité au bloc opératoire, 86% la font systématiquement en équipe, pour 76% elle est un élément essentiel de la sécurité au bloc opératoire. On peut noter que pour presque la moitié elle n'a d'intérêt que si elle est faite en équipe.

Pour deux tiers des répondants la check list a parfois permis d'éviter une situation difficile.

60% pratiquent régulièrement le briefing pré opératoire., avec deux groupes principaux : pour 49% ce briefing est très régulier et pour 39% il n'a lieu qu'en cas de procédures complexes ou inhabituelles. Ce briefing préopératoire est principalement réalisé avec l'aide (80%), l'anesthésiste (71%) et l'IBODE circulante (70%).

En cas de doute sur une complication post opératoire, 62% prennent l'avis d'un autre collègue, y compris d'une autre spécialité (anesthésiste, infectiologue...). Pour ceux (220) qui décident seuls, c'est dans près des deux tiers des cas parce qu'ils considèrent être seuls décideurs et donc seuls responsables.

Après une situation chirurgicale difficile, 63% font un débriefing, le plus souvent à distance raisonnable (48%) et avec l'ensemble des équipes du bloc dans 49% des cas. On note que 43% font cette analyse entre médecins de la même spécialité.

Sur le respect de la hiérarchie dans un bloc, 50% estiment que c'est indispensable au bon déroulement de l'intervention, mais 37% pensent aussi que cela peut être une des causes de survenue d'une situation tunnélisante.

Sur la genèse de procédures pour anticiper des situations complexes, les deux tiers n'y ont pas réfléchi. Mais pour la majorité, cette réflexion semble intéressante (86%). Dans le groupe ayant déjà travaillé sur le sujet, la répartition se fait par tiers environ entre ceux qui ont déjà formalisés et ceux qui sont en réflexion à des degrés divers.

2.3.19. RGPD (enquête menée depuis février 2021 en cours ; au 17/01/2023 1681 réponses complètes)

Taux de participation actuel : 1681 réponses complètes / 1788 invitations = 93 %

L'application du RGPD dans le domaine médico-social vise à protéger

- **Les échanges de données ;**
- **Le stockage et l'éventuel traitement des données là où elles se trouvent**

L'analyse de cette enquête a été présentée lors de la matinée ORTHORISQ de Novembre 2021, sur la base des 1374 premières réponses complètes.

De nombreux points d'attaque sont identifiés : Montre connectée, Ordinateur portable ou fixe, téléphone, serveurs hébergeurs de données...

Les résultats de l'enquête mettent en évidence les carences potentielles de sécurité constatées dans les cabinets médicaux.

Seuls 16.5% des répondants mettent en place une affiche d'information sur ce sujet en salle d'attente.

Plusieurs questions ont été soulevées :

- **Faisons-nous la preuve que nous protégeons les données que nous détenons ?**

Moins de la moitié des répondants (45%) confirment garder des données papier en secteur fermé et sécurisé, un tiers utilisent régulièrement des lecteurs CD et/ou des clés USB. Pour environ 40% des répondants seulement les mots de passe sont conformes aux critères RGPD et renouvelés tous les 6 mois. Moins de la moitié savent si leurs hébergeurs de données sont conformes au RGPD

Pour les deux tiers des répondants, les antivirus et parefeux sont à jour mais pour 20% ce n'est pas le cas. Près de 30% des adhérents ne savent pas où les dossiers médicaux sont hébergés.

Près de 30% des répondants conservent régulièrement des données sur leur téléphone et/ou tablette .

- **Faisons-nous la preuve de protéger la transmission des données**

Nous ne nous assurons que dans 17% des cas de la conformité RGPD du destinataire des données transmises, et plus de 50% ne savent pas si les données sont chiffrées. Plus de la moitié des répondants utilisent une messagerie standard et beaucoup échangent régulièrement par les réseaux sociaux type What's app des données médicales.

Plus des deux tiers mentionnent sur leur logiciel de prise de rendez vous le motif et 57% ne tiennent pas de registres des activités de traitement pourtant obligatoires.

Cette enquête a permis de pointer de nombreux axes d'amélioration sur les bonnes pratiques d'utilisation et de sécurisation des données médicales. Parmi les mesures prises par ORTHORISQ, un onglet dédié à la cybersécurité a été créé dans l'espace ADHERENT du site ORTHORISQ.fr pour informer les adhérents des nouvelles évolutions et suivis sur ce thème.

2.3.20. Les problèmes liés au personnel intérimaire / vacataire au bloc opératoire (Enquête 2022 ; 1660 réponses complètes sur 1698 envois)

Cette enquête a été proposée aux adhérents suite à la survenue de nombreux EIAS, mettant en exergue le rôle des personnels non formés dans la survenue de certains incidents (Manque de matériel, défaut de vérification, problème de transmission des prélèvements...)

Les résultats ont été présentés lors d'une table ronde de la matinée ORTHORISQ de novembre 2022 (Responsable de la table ronde Dr MELCHIOR Bertrand) sur la base des 1493 premières réponses complètes.

Environ 45% des praticiens travaillent toutes les semaines avec des intérimaires, avec une proportion statistiquement significative dans le secteur privé. 76 % ne sont pas informés au préalable par l'établissement de la présence d'intérimaires/vacataires. 18 % des 24% de collègues prévenus l'apprennent la veille et 50 % le matin seulement !

L'accueil des intérimaires ou vacataires est très variable : Accueil administratif seul : 45 %, Tutorat : 37 %, Livret d'accueil avec ou sans validation : 19 %, dans 58 % des cas, présentation du personnel I/V au chirurgien, Briefing systématique du programme avec le chirurgien : 22 %, Briefing occasionnel pour intervention complexe : 16 %

La présence d'intérimaires en salle génère des réactions variables selon les répondants : Absence de modification du programme dans 89 % des cas, 73 % n'annulent pas l'intervention malgré la survenue d'un incident préalable, Si ils l'envisagent c'est dans 46 % des cas pour une intervention difficile et dans 62 % des cas pour l'utilisation d'un matériel spécifique.

- **Pour 83 % des collègues le travail avec un intérimaire / vacataire est un facteur de stress supplémentaire.**

Pour 62% des orthopédistes les incidents sont plus fréquents avec les intérimaires/vacataires : Incompétence technique : 27%, Défaut de formation : 52%, Méconnaissance de l'intervention : 73%, Méconnaissance du matériel : 86 %, Comportement du professionnel : 12 %.

En cas de problèmes rencontrés,

- **62% n'en parlent pas à l'encadrement du bloc et 85 % ne vont pas voir la direction.**

Le principal problème reste la méconnaissance des habitudes et des protocoles

2.3.21. Les relations avec le patient (Enquête 2022, 1675 réponses complètes au 17/01/2023)

Notre relation avec les patients est un élément essentiel de la **qualité** et de la **sécurité des soins**. Elle peut être vécue différemment selon la position de chacun, patient, soignant, ou tutelles administrative et juridique.

Elle est Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage. Elle vise à **établir la confiance**, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique

Les résultats de cette enquête ont été présentés lors de la matinée ORTHORISQ de novembre 2022 sur la base des 1509 premières réponses complètes (83% de retour)

L'information délivrée est nécessaire et doit être adaptée pour environ **74% et** permet une décision médicale partagée qui est la clef du succès : **12%**

Le consentement est un droit inaliénable libre et éclairé pour 99% des répondants. Le consentement donné peut être retiré à tout moment par le patient: pour 79%, mais seuls 8% pensent que ce consentement favorise l'implication du patient dans sa prise en charge.

28% des répondants pensent de façon erronée que le mode d'anesthésie s'impose au patient, de même que le chirurgien pour environ 21% doit accepter un changement de dernière minute.

Parmi les facteurs pouvant perturber la réalisation de l'acte opératoire, le non-respect du jeûne, l'oubli de l'imagerie, la mauvaise préparation cutanée et le maintien d'un tabagisme actif sont les plus fréquents.

Plus de 50% des répondants ont eu lors d'une hospitalisation à gérer des conflits (liés aux délais d'attente, de terrain psychologique difficile...) et près de 20% ont constatés des comportements anormaux (Agression, panique, sortie CAM...).

Par ailleurs, le non-respect des consignes postopératoires a aussi pu perturber les résultats avec une prédominance pour environ 36% du respect des consignes de prudence (chute), de tabagisme actif (30%) ou de soins locaux mal réalisés (14%).

Un terrain psychologique fragile est un facteur d'altération possible de la relation avec le patient, en particulier une anxiété importante (47%) et un terrain psychiatrique connu et traité (46%). Les patients non communicants sont également source de difficulté, surtout s'ils ne sont pas accompagnés.

Les mesures de l'expérience et de la satisfaction Patient (E-SATIS, PREMS, PROMS) sont connues pour les deux tiers des répondants mais avec une très nette prédominance de l'évaluation E-SATIS (78%).

Enfin, on constate que 80% des répondants considèrent prendre un temps suffisant pour délivrer les explications sur les risques et échecs d'une intervention. Pour 69% le risque médico-légal peut altérer la relation patient et un peu plus de 50% pratiquent une médecine défensive.

2.3.22. La déprogrammation...une source de difficulté ? (Enquête en cours ; 1706 réponses complètes)

Les difficultés provoquées par une déprogrammation et son corollaire la reprogrammation ont été mises en évidence lors de la période COVID. Dans cette période, de nombreux patients ont vu leur intervention annulée et reportée à de multiples reprises, ce constat ayant été réalisé par toutes les spécialités chirurgicales.

Plus généralement les écueils induits par la reprogrammation ont conduit à mener une enquête auprès des adhérents dont les résultats des 1457 premiers résultats ont été présentés lors d'une communication de la matinée ORTHORISQ du 09/11/2022. Par ailleurs lors de la CRIS du 17/11/2022, ce thème a été retenu comme future SSP3 avec ORTHORISQ parmi les promoteurs.

Pour 86% des répondants, la reprogrammation est une situation à risque, à laquelle 58% ont été confrontés.

Parmi les problèmes les plus fréquents, on peut noter l'erreur de commande et la non disponibilité de matériel spécifique pour 30% chacun, mais aussi un nouveau libellé dans un quart des cas.

Dans 20% des cas il a été constaté un changement d'indication par dépassement du délai entre annulation et reprogrammation, avec une intervention initiale inadaptée dans les trois quarts des cas.

Parfois, ont été également constaté un changement d'avis du patient sur l'indication (13%) ou le côté à opérer, la non observance des consignes pré opératoires (particulièrement arrêt des anticoagulants dans 65% des cas, test COVID non valide, oubli de la CPA...).

Dans 20%, a été réalisé un NO GO et dans 23% un changement d'indication peropératoire.

Parmi les solutions proposées par les adhérents, on note que les deux tiers recommencent la programmation à zéro et 57% estiment que le chirurgien doit ou peut le faire, mais on constate que pour 6% il s'agit d'un problème administratif, 5% de secrétariat et 3% qu'il suffit de changer la date.

3. Programmes

3.1. Programme d'Accréditation individuelle

Lors de la CRIS du 7 mars 2019, l'organisme agréé a décidé de modifier le programme en supprimant les activités optionnelles tout en renforçant les activités obligatoires. En effet, les activités optionnelles ne paraissent pas essentielles pour le programme d'accréditation, il y a des doutes sur la véracité des déclarations (en particulier pour

les EPP), ces activités optionnelles sont à l'origine d'incompréhension et de discussions avec les adhérents, enfin, l'impossibilité de pouvoir enchaîner des programmes d'étaler une activité optionnelle sur deux années par exemple

Dans le même esprit, le nouveau programme F validé au conseil d'administration d'ORTHORISQ le 06/01/2023 maintient les activités du programme E, en intégrant deux nouvelles activités : Evaluation de la santé du professionnel et Relation avec les patients.

Par souci de cohérence avec le programme F, le programme E sera modifié.

3.1.1. Objectifs du programme d'accréditation individuelle (présentation publiée sur le site à l'attention des déclarants)

Le programme d'accréditation individuel F a été élaboré par l'organisme agréé avec une large concertation de spécialistes. Le but est de ne plus proposer aux adhérents d'activités optionnelles.

La présentation du programme annuel d'Orthorisq est l'occasion de rappeler certains points importants de la procédure d'accréditation.

En 2022, les nouveautés du programme portent sur :

La création de nouvelles SAR :

- **Reprogrammation opératoire**
- **Relation patients**

Le renforcement des exigences sur les activités obligatoires

3.1.2. Rappel des points importants de la procédure

Comme les années précédentes, un certain nombre d'adhérents vont renouveler leur accréditation. Elle les engagera pour une nouvelle période de 4 ans qui leur permettra, sous réserve de la poursuite de leur engagement, de bénéficier d'une prise en charge d'une partie de leur assurance responsabilité civile.

Le bilan peut être ouvert 90 jours avant l'échéance, mais il est possible de réaliser tout au long de l'année les actions nécessaires à sa validation sur l'espace de travail dédié personnel.

Le délai de traitement d'un EIAS étant de 2 mois il est recommandé de les déclarer suffisamment en avance.

Il convient de respecter les délais nécessaires au traitement des bilans par ORTHORISQ et la HAS ce qui implique de ne pas les rédiger au dernier moment !

Un EIAS ou un bilan avec le statut en cours est un brouillon qui ne peut pas être traité par l'OA. Il ne faut pas oublier d'aller au bout de la démarche (jusqu'à l'onglet 9 pour un EIAS, 6 pour un bilan annuel et 7 pour un bilan d'accréditation) et appuyer sur le bouton soumettre le bilan ou l'EIAS.

D'autre part, avec le siam 2, la période d'activité du programme se déroule entre les dates d'engagement et non plus en années calendaires. La conséquence est que plusieurs programmes différents se juxtaposent. Ainsi 2 adhérents peuvent avoir 2 programmes différents en fonction de leur date d'engagement.

Très simplement le programme actif d'un adhérent est celui qui s'affiche sur son écran lorsqu'il ouvre son dossier dans le siam 2.

Enfin, Orthorisq n'adresse plus de courriers recommandés en cas de retard ou de non déclenchement du bilan. C'est l'expert responsable du bilan qui se chargera des relances et rappels. Il faut pour cela que l'adresse mail renseignée dans le profil de l'adhérent soit exacte et que les courriels d'Orthorisq ne soient pas identifiés comme spam.

Accréditation et DPC

Conformément à la législation, accréditation vaut DPC et le fait d'être accrédité implique que le praticien a rempli ses obligations de DPC sans aucune autre formalité à effectuer. Toutefois, cela n'implique pas de participation financière par l'agence nationale du DPC.

3.1.3. Modalités du programme d'accréditation individuelle :

Outre le règlement d'une cotisation annuelle les conditions nécessaires à la validation de votre bilan 2023 sont les suivantes

- **A/ Réaliser une déclaration d'évènement indésirable.**

Orthorisq continue de ne demander qu'une seule déclaration. Toutefois, la déclaration d'EIAS est la pierre angulaire du processus d'accréditation et il est demandé d'y apporter une attention particulière.

Il peut s'agir :

- Soit d'un « presque- évènement » ;
- Soit d'un évènement indésirable avéré

Il s'agit d'un évènement sur lequel l'adhérent peut avoir une action. **Il doit, après en avoir analysé les causes, être capable de mettre en place des mesures permettant au minimum de réduire les conséquences de l'évènement.**

Le comité des EIAS d'Orthorisq a pour rôle de pré analyser les déclarations, de les distribuer aux experts responsables de groupes d'analyse et de rejeter ceux qui ne correspondent pas aux critères précités.

. L'objectif de la liste ci-dessous est d'aider à identifier dans la pratique courante des situations susceptibles d'être déclarées à Orthorisq.

- Programme F : Cimentation des tiges fémorales des prothèses de hanche
- Programme F : Dysfonctionnements et incidents en rapport avec le travail en équipe
- Programme F : Incidents survenus lors d'un parcours Fast Track
- Programme F : Incidents survenus en rapport avec la sortie du patient
- Programme F : Incidents en rapport avec une ablation de matériel d'ostéosynthèse
- Programme F : Incidents liés à un NO GO ou à une interruption de procédure.
- Programme F : Incidents liés au retard de prise en charge d'une urgence en hospitalisation
- Programme F : Défaillance dans la prise en charge informatisée des patients (dossier et hospitalisation)
- Programme F : Incidents liés à une anesthésie locorégionale
- Programme F : Erreur de site opératoire
- Programme F : Antibio prophylaxie inadaptée
- Programme F : Incidents en rapport avec le circuit des dispositifs médicaux
- Programme F : Préparation inadaptée du site opératoire
- Programme F : Incidents dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
- Programme F : Incidents survenus durant le circuit du patient avant le bloc opératoire
- Programme F : Dysfonctionnements liés à une modification inopinée du programme opératoire
- Programme F : incidents survenant dans le circuit des prélèvements peropératoires
- Programme F : Indisponibilité de tout ou partie du dossier patient au bloc opératoire
- Programme F : Échec et conversion d'une hospitalisation ambulatoire en mode conventionnel
- Programme F : Incidents survenant dans le cadre de la chirurgie arthroscopique
- Programme F : Défaillance lors de la prescription personnelle des patients hospitalisés
- Programme F : Prise en charge des infections ostéo-articulaires
- Programme F : incidents survenant dans le cadre de la chirurgie du rachis
- Programme F : Intervention modifiée faute de matériel
- Programme F : COVID
- Programme F : Incidents se produisant dans le cadre d'une situation tunnélisante
- Programme F : Reprogrammation opératoire
- Programme F : Relation patients

Les sujets présentés ci-dessus ne sont que des propositions. Les adhérents peuvent déclarer n'importe quel évènement indésirable ou porteur de risque qu'ils ont rencontré dans leur pratique quotidienne, surtout s'ils estiment que cette déclaration met en évidence une problématique non encore analysée dans le cadre d'Orthorisq. Les seuls impératifs sont, qu'il soit possible d'avoir une action au minimum d'atténuation sur celle-ci, et que la qualité de la déclaration soit suffisante.

- **B/ Appliquer des recommandations générales**

- Mise en œuvre de la check-list ;
- Suivi de la recommandation en vigueur sur l'antibio prophylaxie ;
- Procédure de récupération en cas de présence d'humidité à l'intérieur d'emballages de stérilisation ;
- SSP coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens ;
- Présence d'un kit universel d'ablation de matériel dans un bloc opératoire effectuant de la chirurgie orthopédique et traumatologique.
- SSP Comment sécuriser un prélèvement au bloc opératoire ?
- SSP comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?
- SSP No Go au bloc opératoire : comment renforcer les barrières de sécurité ?

- **C/ Réaliser 7 activités d'accompagnement et de surveillance des risques**

- **Activité 1 :**

Participation à la journée annuelle présentielle de formation en gestion des risques organisée par Orthorisq

La participation à une journée de formation qu'elle soit physique ou sous forme de « Web formation » est obligatoire tous les ans pour la validation du bilan d'accréditation.

Tout adhérent doit assister au moins une fois tous les 3 ans à la journée présentielle de novembre au Palais des Congrès à Paris. Ces cycles de 3 ans ne seront pas cumulables et plusieurs présences physiques durant un cycle ne pourront être « reportées » sur le cycle suivant.

Dans tous les cas, quel que soit la session choisie l'inscription est obligatoire sur le site de la SOFCOT ou par l'intermédiaire du site Orthorisq.

Cette session ne valide en aucun cas l'activité optionnelle participation à une activité complémentaire de gestion des risques.

ATTENTION : Aucune solution de rattrapage ne sera possible. Une absence à la journée de formation (quel que soit le mode choisi) entraînera le retrait de la procédure d'accréditation et obligera l'adhérent à se réengager

o **Activité 2 :**

Participation à une activité cognitive organisée par la SOFCOT :

Le CNP SOFCOT souhaite que dans le cadre de l'accréditation des praticiens figure une activité cognitive obligatoire.

Cette année, l'activité cognitive sera comptabilisée avec un barème à points :

ACTIVITE	nb de points
Diplômes universitaires (réalisés dans l'année du bilan)	10
Rédaction d'un article dans une revue à comité de lecture	10
Communications à la SOFCOT ou aux congrès des sociétés associées	10
Participation au congrès SOFCOT et des sociétés associées (AFCP, CAOS, GETRAUM, SFCM, SFA, SFHG, SFCR, SOFEC, SOFOP, SOO, SOTEST)	5
Participation au congrès national de la société nationale d'Orthopédie des pays étrangers (AAOS...)	5
Participation à un congrès international (ISACOS, EFFORT, ESKA, EUROSPINE, AOS, EPOS, SRS, AAHS...)	5
Participation au E-congrès SOFCOT	5
Relecteur dans une revue	5
Participer à un e-learning (y compris E-congrès SOFCOT) en tant qu'orateur	4
Dispenser un cours universitaire ou institutionnel	4
Participer à une action DPC	3
Visionnage d'un E-learning https://e-learning-sofcot.com/fr/formations	2

Les E-learning de la SOFCOT sont accessibles par l'adresse suivante : <https://e-learning-sofcot.com/fr/formations> . Vous pourrez télécharger vous-même votre attestation sur ce site dans la rubrique /connexion / espace membre /mes documents ;

Le visionnage de 2 formations du E congrès de printemps de la SOFCOT est possible à l'adresse suivante : <https://e-learning-sofcot.com/fr/formations>. Vous pourrez télécharger vous-même votre attestation sur ce site dans la rubrique /connexion / profil /mes certificats.

La liste des congrès proposés est non exhaustive et en cas de congrès non inscrit, le CNP-SOFCOT décidera ou non de la validation du congrès proposé, sur la base de sa valeur scientifique et du nombre de participants touché.

L'activité est validée par une ou plusieurs activités, permettant sur l'année du bilan d'obtenir 10 points

Les modalités d'évaluation sont les suivantes :

- Congrès – E learnings : Attestation de participation
- Diplômes universitaires : Attestation de réussite au diplôme
- Rédaction d'un article : Attestation du comité de lecture
- Communications SOFCOT et/ou Sociétés Associées : Résumé de la communication avec noms des auteurs
- Dispense de cours institutionnel ou universitaire : Attestation de la faculté ou de l'instance précisant l'enseignement dispensé

Cette activité sera modifiée dans le programme E sur les mêmes modalités de validation.

○ **Activité 3 :**

Réponse à toutes les enquêtes proposées annuellement :

La traçabilité est assurée par Orthorisq. Les Enquêtes sont envoyées soit par newsletter, soit par courriel sur invitation.

Le recueil et l'exploitation des réponses respectent les exigences du RGPD sous le contrôle du délégué à la protection des données d'Orthorisq.

La restitution est réalisée lors de la matinée présentielle d'Orthorisq.

Vous pouvez retrouver l'ensemble des enquêtes sur le site <https://www.Orthorisq.fr/espace-adherent>

○ **Activité 4 :**

Participation à au moins une RMM selon les modalités définies par la HAS :

L'adhérent doit :

- Soit participer à une RMM et fournir attestation de participation ou feuille d'émargement
- Soit assister à la session Orthorisq de l'E-congrès de la SOFCOT,
- Soit participer à une session Orthorisq d'une Société Partenaire ou Associée de la SOFCOT (sous réserve d'une traçabilité efficace permettant d'assurer que l'adhérent a participé à la session complète)

○ **Activité 5 :**

Participation à une activité favorisant le CRM (Crew Ressource Management) :

Nous poursuivons cette nouvelle activité basée sur une mise en situation. Vous devrez visualiser les vidéos pédagogiques puis répondre au questionnaire correspondant. Les réponses sont soit des QCM à choix multiples soit des réponses ouvertes avec un texte justifiant les réponses choisies. Vous devrez mener une réflexion proche de celle que vous avez lors de la déclaration de votre EIAS ou lors d'une RMM.

La prochaine activité CRM sera mise en ligne dans le cadre du programme E.

○ **Activité 6 :**

Sensibiliser l'adhérent à sa santé :

Cette nouvelle activité intègre le programme F afin de permettre à l'adhérent de prendre conscience de l'importance de la protection de sa santé. La validation de cette activité s'appuie sur la réponse à un questionnaire de santé anonyme encadré par Orthorisq et basé sur la campagne nationale « Dis doc t'as ton doc ? » largement diffusée par le CFAR.

L'enquête sera diffusée aux adhérents au fil de l'eau en fonction de leur échéance de bilan.

Le questionnaire comportera 12 questions avec réponses anonymisées.

1. Votre sexe ?
2. Votre âge ?
3. Votre lieu d'exercice ?
4. Avez-vous un médecin traitant ? OUI/NON
5. Si OUI A quelle fréquence le consultez-vous ?
6. Si NON Pourquoi n'avez-vous pas de médecin traitant ?
7. Souffrez-vous d'une maladie chronique ?
8. Si OUI en 7 qui vous suit ?
9. Réalisez-vous les dépistages recommandés par les campagnes nationales en fonction de votre âge ?
10. Si NON en 9 Pourquoi ne faites-vous pas les dépistages ?
11. Faites-vous un bilan biologique de base régulier ?

Connaissez-vous les auto tests de la commission SMART ?

Par ailleurs et en fin de questionnaire, l'adhérent est invité à se rendre sur le site des autotests de la commission SMART afin de se familiariser avec ces outils et compléter l'approche de sa propre santé.

L'objectif est également de diffuser lors du congrès Orthorisq les résultats de cette évaluation puis dans le programme futur G d'aller plus loin dans l'accompagnement des professionnels.

○ **Activité 7 :**

Les relations avec les patients :

L'importance de ce sujet a été montrée lors d'une table ronde de la matinée Orthorisq de novembre 2022,

Notre relation avec les patients est un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage.

Elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique.

Les modalités d'évaluation sont les suivantes :

Chaque praticien doit réaliser une évaluation annuelle individuelle de sa relation avec les patients par le biais de 25 questionnaires à faire remplir par ses patients. Ces questionnaires doivent être colligés sur un tableau EXCEL qui sera joint dans le SIAM et récupéré par les experts en charge des bilans.

Les 10 questions de cet auto-questionnaire patient apprécient plusieurs dimensions de la relation patient-chirurgien, telles que l'information, la communication, la disponibilité, l'écoute et l'empathie.

Les experts d'Orthorisq feront une analyse de ces questionnaires de façon anonyme.

Les résultats seront rapportés lors de la demi-journée annuelle d'Orthorisq à la SOFCOT et des pistes visant à améliorer la Relation Patient seront proposées dans le cadre du programme d'Accréditation Individuelle.

3.2. Programme d'Accréditation en Équipe

Consciente de la nécessité de travailler de façon concertée avec les autres spécialités, Orthorisq souhaite participer à la mise en place de l'accréditation en équipe.

Ce type d'accréditation est encore récent et il est probable que quelques difficultés de fonctionnement surviennent. Aussi, avant de proposer cette possibilité à l'ensemble de ses adhérents, Orthorisq a sélectionné quelques équipes volontaires et motivées pour débiter.

Depuis mars 2021, quelques équipes sont constituées (ou en cours de constitutions). Elles sont réparties sur une diagonale Nord-Est Sud-Ouest (Nancy, Tours, Bergerac, Bordeaux) et concernent pour la plupart des Chirugiens Orthopédistes et des anesthésistes (une inclue aussi des neurochirurgiens).

Afin de profiter au mieux du travail des équipes, une réunion préliminaire a été réalisée pour trouver des axes de réflexions communes. Les équipes souhaitent particulièrement travailler sur :

- Parcours du patient depuis la consultation chirurgicale de programmation jusqu'au bloc opératoire (Comment gérer la réception des examens complémentaires ou consultations annexes demandées dans ce laps de temps et comment gérer l'arrêt/relai des anticoagulants au long cours)
- Gestion per opératoire de l'antibioprophylaxie pour les patients nécessitant une double dose.
- Gestion de la reprise des anticoagulants en post opératoire : concertation entre le risque d'hématome si reprise précoce et de risque thrombogène si reprise trop tardive...

Ces quelques axes de réflexion, non exhaustifs, sont une base de travail pour animer les réunions pluriannuelles de type RMM que chaque équipe devra faire. Une mise en commun des expériences et résultats est prévue pour valider l'axe de travail. De même, compte tenu du faible nombre d'équipe actuelle et pour faciliter les échanges, un groupe a été créé sur un réseau social.

Nous attendons donc quelques mois de fonctionnement pour pouvoir faire le point valider un programme d'accréditation en équipe.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr