

Programme E : PLASTIRISQ – ACCREDITATION EN EQUIPE

Le programme équipe est réalisé de manière continue, intégré à la routine au quotidien et répond à une logique d’ancrage dans l’établissement. Il permet d’objectiver (de « valoriser ») toutes les démarches Qualité-Sécurité que les équipes font déjà au quotidien.

Ce programme contribue au maintien des compétences et au développement d’une « culture sécurité » au sein des équipes, c’est-à-dire visant à favoriser par tous moyens, les modes de pensée, de travail et d’interaction en vue d’améliorer continuellement la qualité des soins et la sécurité des patients, et la qualité de vie au travail.

Amélioration du Travail en Equipe

Ce volet vise à améliorer les facteurs non techniques, qui doivent désormais être inclus dans le cursus universitaire des médecins – c’est-à-dire les notions de leadership, d’objectifs partagés, de communication, de collaboration, de coordination, de cognition collective et aussi de prévention et de gestion des conflits.

En pratique, il s’agit de manière non exhaustive des dynamiques d’amélioration :

- ➔ **de l’organisation et des prises en charge** : protocolisation des prises en charge élaborée de manière concertée, programmation des interventions (y compris celles non-programmées), accessibilité (si possible informatisées) des données cliniques récupérées le plus en amont possible, organisation de la RAAC
- ➔ **de la communication** : transmission structurées (au bloc opératoire, en SSPI, en unités de soins critiques, en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire), check-list HAS ou supports spécifiques, staffs d’unité ou de service...
- ➔ **de l’intégration** de nouveaux collègues dans l’équipe (y compris intérimaires ou stagiaires)

Amélioration des Pratiques Professionnelles

Ce volet concerne les fondements scientifiques et techniques de la discipline : bien sûr, le maintien ou l’acquisition de nouvelles connaissances (FMC / DPC), mais aussi le partage au sein de l’équipe de ces données actualisées, leur implémentation dans le travail au quotidien et le cas échéant leur évaluation. De même, il s’agit de la participation à toutes les instances de concertation pour les prises en charge difficiles.

En pratique, il s’agit de manière non exhaustive :

- ➔ des **sessions « cognitives »** jugées utiles par le praticien pour son exercice professionnel et considérées comme de qualité par l’OAA
- ➔ de **l’intégration dans la pratique quotidienne de ces données actualisées**, notamment dans les procédures et protocoles du service
- ➔ des **réunions de service**
- ➔ des **réunions de concertation** : RCP, Staff dossiers difficiles, Staff thématiques...

- des démarches **d'évaluation des pratiques** : suivi d'indicateurs, EPP, patient-traceur, audit...
- de travaux d'enseignement et de recherche

Amélioration de la sécurité des patients

C'est la dimension gestion de risques - démarche fondatrice de l'accréditation basée sur un dispositif de retour d'expérience. Ce volet permet d'analyser des événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus lors de l'exercice, afin d'en tirer et de partager des enseignements pour améliorer à l'avenir les pratiques, les comportements et les organisations.

En pratique, il s'agit de manière non exhaustive :

- Pré-requis obligatoire : **analyse rétrospective des EIAS au sein de Réunion de Morbi-Mortalité (RMM)** ou de réunions apparentées (CREX, REMED, ...) sur la base du support informatique proposé par le programme permettant d'optimiser la recherche des causes racines. Ces EIAS peuvent être choisis par vous ou ciblés sur un sujet d'étude privilégié par votre OAA.
- **Identification prospective de Situations à Risques (SAR)** soit par l'OAA, soit par les professionnels de l'équipe avec la mise en œuvre de barrières de prévention, atténuation ou récupération.
- Participer en équipe à des sessions de simulation de préférence in situ (mannequin...), serious game, réalité virtuelle...

Santé du professionnel

Cette dimension a pour objectif d'inciter les membres de l'équipe à prendre soin de soi et des autres.

Relations avec le patient

Cette dimension incite à se questionner sur la place du patient dans son parcours de soins. Elle peut notamment s'appuyer sur les évaluations de l'expérience patient réalisées dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Les actions éligibles à ce programme d'accréditation en équipe sont détaillées de manière non exhaustive dans le Tableau 1 - Programme d'accréditation en équipe. Le bilan d'équipe pourra être validé selon différentes modalités :

- en **monodisciplinaire** ;
- en **pluridisciplinaire** si des actions sont réalisées de manière collective avec une ou plusieurs autres disciplines (anesthésistes-réanimateurs...);
- en **pluriprofessionnel** si des actions sont réalisées de manière collective avec une ou plusieurs autres professions (IADE, IDE...).

Chaque membre de l'équipe doit participer à au moins une action/activité par dimension (conception, mise en œuvre, évaluation, correction, etc.), parmi celles présentées. Les activités peuvent être réalisées de façon ponctuelle sur une année ou continue sur plusieurs années.

Tableau 1 - Programme d'accréditation en équipe

Dimension d'amélioration	Action	Ce que mon équipe doit faire	Dans le SIAM actuel
Travail en Equipe L'évaluation de cette dimension concernant les facteurs non techniques, pourra faire appel à la cellule qualité de l'établissement qui valorisera pour son compte, ces évaluations dans le cadre de la procédure de Certification ?	Réalisation de toutes les activités proposées (3 actions collectives, participation RMM et aux instances de l'établissement)		
	Amélioration du travail en équipe (action collective). Décrire ou évaluer la mise en œuvre de 3 actions collectives dans la liste des thèmes proposés <ul style="list-style-type: none"> - Organisation et prises en charge - Protocolisation des prises en charge - Programmation des interventions - Accessibilité des données cliniques - Amélioration de la communication - Transmission structurée - Check list - Staff d'unité ou de service - Intégration de nouveaux collègues Vous pouvez vous appuyer sur les recommandations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - SSP de type 3 Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens - Utilisation /adaptation /évaluation de la Check List - Protocole de manière pluridisciplinaire (gestion des anti-coagulants, antibioprophylaxie, organisation de la chirurgie ambulatoire, RAAC, cancer, programmation...) 		Recommandation
	Participation obligatoire à une RMM	Les EIAS sont analysés autant que possible en RMM. Validation par compte rendu formalisé	Activité
Participation aux instances de l'établissement (Sécurité du patient) CME, CLIN, CLUD, CQSS, etc ...	Participation d'au moins 1/4 des membres de l'équipe à l'une des instances de l'établissement concernant la sécurité du patient	Activité	
Chaque membre de l'équipe doit :			

<p>Pratiques Professionnelles</p> <p>Les membres de l'équipe se répartissent la participation aux congrès, formations, et aux réunions ainsi que la rédaction des protocoles – étant entendu que tous les membres les appliquent et participent le cas échéant à leur évaluation (avec le soutien de la cellule qualité de l'établissement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Participer à un congrès national . Participer au registre des implants <p>L'équipe doit ;</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mettre en œuvre 3 activités cognitives . Réaliser une EPP en rapport avec pour thème l'une des 3 recommandations proposées. 		
	-Participation obligatoire à l'un des 3 congrès nationaux suivants : SOFCPRE, SOFCEP, GEM	Certificat de participation	Activité
	<p>Mise en œuvre de 3 actions cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DPC - Rédaction d'un article dans une revue avec comité de lecture - Communication à la SOFCPRE, SOFCEP, GEM - Relecteur dans une revue - Dispenser un cours universitaire ou institutionnel 		Activité
	Participation obligatoire au registre des implants	Inscription au registre	Activité
	<p>Réalisation en groupe d'une EPP en rapport avec l'une des 4 recommandations proposées</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie en vigueur (SFAR) <p>Recommandation concernant l'analyse anatomopathologique</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri - réduire les erreurs de site en chirurgie dermatologique. 		Recommandation
<p>Sécurité des patients</p>	Réalisation des 2 activités proposés (atelier Plastirisq et déclaration EIAS)		
	Atelier PLASTIRISQ	Validation par certificat de présence	Activité

	<p>En option une journée de gestion des risques ASSPRO ou Prévention Médicale peut s'y substituer une fois tous les 2 ans</p>		
	<p>Déclaration d'au minimum 1 EIAS par médecin composant l'équipe (limité à 6 EIAS par équipe et par an).</p>	<p>Ces EIAS seront analysés en RMM avec présence attendue de tous les membres de l'équipe</p>	
<p>Santé du professionnel</p>	<p>Réalisation des questionnaires : Auto évaluation de son état de santé par tous les membres de l'équipe Auto test SMART par la moitié de l'équipe OU questionnaire troubles musculo-squelettiques</p>		
	<p>Auto-évaluation de son état de santé Questionnaire de santé anonyme encadré par l'OA visant à faire prendre conscience à l'adhérent de l'importance de la protection de sa santé. Intégration dans le SIAM.</p>		<p>Activité</p>
	<p>Réalisation au choix par au moins 50 % des membres de l'équipe d'un autotest commission SMART</p>		<p>Activité</p>
	<p>Questionnaire spécifique sur les troubles musculo-squelettiques</p>	<p>Sensibilisation des adhérents à cette pathologie et tentative d'évaluation de l'importance du problème et des solutions à avancer pour maîtriser ce risque.</p>	<p>Activité</p>
<p>Relation avec le patient</p>	<p>Réalisation en équipe : D'une EPP D'une analyse commentée de la satisfaction ou réalisation d'un patient traceur</p>		
	<p>Réalisation en équipe d'une EPP pouvant concerner l'information OU la prise en charge des patients</p>		<p>Activité</p>

	Faire une analyse commentée des indices de satisfaction recueillis soit localement soit dans la base national E Satis		Activité
	Réalisation d'un patient traceur parmi les patients pris en charge par l'équipe		Activité

Situations à risque identifiées

Les EIAS peuvent être déclarés sur une situation à risques ciblée ou sur un autre sujet non ciblé.

Tableau 2 : Liste des situations à risque

Situation à risque	Questionnaire d'analyse approfondie
Dysfonctionnements liés à l'outil informatique	Non
Problèmes concernant l'analyse anatomo-pathologique	Non
Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire	Non
Erreur de site en chirurgie dermatologique	Non
Incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire	Non
Dysfonctionnements concernant les implants mammaires	Non
Confusion d'injectables en per-opératoire	Non
Défaillance matérielle de préparation à l'intervention	Non
Défaillance de préparation du patient	Non
Risque d'infection du site opératoire (ISO)	Non
Dysfonctionnements concernant le travail avec du personnel intérimaire	Non

Dysfonctionnements liés à l'outil informatique

Le développement du dossier patient informatisé a modifié profondément les pratiques médicales et les modes de communication. Il a fallu s'adapter à l'outil et adapter l'outil aux pratiques. Un certain nombre de nouveaux risques sont apparus, pour lesquels les médecins se perçoivent souvent comme victimes alors qu'ils doivent être acteurs. Cette SAR paraît donc particulièrement pertinente à étudier. Tout événement perturbant la prise en charge d'un patient en raison de l'utilisation de l'outil informatique peut être déclaré : dysfonctionnement,

perte ou erreur de données, problème de communication entre professionnels ou avec le patient, erreur de prescription...

Barrières pour limiter la survenue de dysfonctionnement lié à l'outil informatique :

- ➔ Vérification de l'identité du patient avant saisie ou utilisation des données (identito-vigilance)
- ➔ Maintenance, formation et MAJ
- ➔ Formation instantanée des nouveaux utilisateurs et attribution des codes
- ➔ Politique RGPD
- ➔ Anticipation des pannes matérielles
- ➔ Adaptation du paramétrage aux événements indésirables constatés
- ➔ Politique de sauvegarde des données

Cette SAR a été créée en 2019. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 3 % des déclarations d'EIAS (7/265) de l'année 2022.

Problèmes concernant l'analyse anatomo-pathologique

Le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire est un processus complexe comportant un nombre important d'étapes qui, associé à la multiplicité des lieux (bloc opératoire, sas de dépôt, transport du prélèvement, laboratoire, etc.) et des acteurs (prescripteur, préleveur, transporteur, équipes du laboratoire concerné, etc.), en font un processus à risque.

Toute défaillance dans ce processus et son organisation peut conduire à la perte physique du prélèvement, à des erreurs d'identité ou d'orientation du prélèvement, à la non-réception des résultats, à des conditions ou des délais de transport inadaptés et donc à l'absence de résultats indispensables pour la continuité du parcours de soins du patient. Ces défaillances peuvent ainsi retarder un diagnostic ou une prise en charge thérapeutique, voire nécessiter une réintervention pour refaire un prélèvement indispensable. Le recours à un protocole validé incluant la définition des rôles et responsabilités des acteurs dans la gestion des prélèvements constitue un enjeu de sécurité des soins

Dans le cadre de l'élaboration d'une solution pour la sécurité des patients par plusieurs organismes agréés (plastirisq, afu, Orthorisq), la spécialité a analysé 400 EIAS déclarés dans la base REX entre 2008 et 2016.

Les stratégies à mettre en œuvre se rapportent aux points clés décrits dans la SSP.

Les connaissances acquises sur les barrières ayant fonctionné sont détaillées dans la SSP.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir136/points_cles_et_solutions_-comment_securiser_le.pdf

Cette SAR a été créée en 2010 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 9% des déclarations d'EIAS (25/265) de l'année 2022.

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

La défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où les accidents hémorragiques se situent au premier plan des accidents iatrogènes. •par ailleurs le taux de déclaration sur ce thème reste élevé. La défaillance de la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire constitue une SAR dans la mesure où le risque hémorragique avec reprise et ré hospitalisation est une source de désorganisation pour les établissements de santé, une cause importante de surcout et principalement une prise de risque pour les patients. En miroir le défaut de prévention ATE peut avoir des conséquences vitales.

Prise en charge des patients sous AVK

Les accidents hémorragiques se situent au premier plan des accidents iatrogènes.

Plus de 1 % de la population française est traitée par anti-vitamines K (AVK). Or, ce traitement est à l'origine d'une iatrogénie importante (20 % des patients présentant des hémorragies cérébrales hospitalisés en neurochirurgie, 4 000 décès par an en France). Le maniement des AVK durant la phase péri-opératoire ou à l'occasion de la réalisation de gestes invasifs est difficile.

Prise en charge des patients sous antiagrégants plaquetitaires

Il n'existe actuellement aucune preuve solide pour proposer des recommandations fortes sur la gestion péri-opératoire des agents antiplaquetitaires (AAP). Le problème est tout particulièrement aigu avec les endoprothèses coronaires (EC) ou stents, et notamment les endoprothèses pharmaco-actives. La bithérapie antiplaquettaire (aspirine-clopidogrel) est de plus en plus fréquemment rencontrée chez des patients qui doivent bénéficier d'une procédure invasive ou d'une intervention chirurgicale. Poursuivre ou interrompre le traitement conduit à prendre en compte le risque hémorragique ou thrombotique sans qu'aucune attitude ne soit évaluée.

Prise en charge des patients sous Héparine

La Thrombopénie Induite à l'Héparine (TIH) est de plus en plus souvent évoquée, de diagnostic et de prise en charge difficile, ses complications sont graves. Les recommandations sont celles de conférence d'experts.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Priorité 1 : mise en œuvre de la SSP coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

Cette SAR a été créée en 2010 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 5% des déclarations d'EIAS (14/265) de l'année 2022.

Erreur de site en chirurgie dermatologique

L'organisme agréé d'accréditation PLASTIRISQ a identifié dès 2008 le risque « d'erreur de patient, de côté ou de site » lors d'une intervention comme un sujet important et méconnu car il existe peu de littérature.

Depuis, l'analyse de la base REX de l'accréditation a mis en évidence que le risque « d'erreur de patient, de côté ou de site » prédominait en chirurgie dermatologique. En effet, la nature des lésions traitées et les circonstances de prise en charge sont apparues comme des facteurs conduisant fréquemment à des erreurs d'appréciation lors d'interventions de chirurgie dermatologique.

Deux mécanismes différents peuvent conduire à un défaut d'exérèse d'une lésion cutanée : une erreur de localisation (intervention sur un mauvais site) ou une exérèse insuffisante (rendue difficile par une biopsie préalable)

Ce risque est majoré par la nature des lésions, par la multiplicité des intervenants lors de la prise en charge ou par une coopération difficile avec le patient.

Sont concernées toutes les activités de chirurgie plastique ou de dermatologie conduisant à l'exérèse d'une lésion cutanée. Cette activité peut se dérouler en médecine de ville ou en établissement de santé : soins externes, ambulatoires ou hospitalisation.

Cette situation est essentiellement liée à une communication insuffisamment précise entre les praticiens ne permettant pas de sécuriser le repérage anatomique lors de l'intervention.

La solution développée propose l'utilisation d'un support standardisé de communication, la réalisation de photos et le rappel de bonnes pratiques.

Une enquête menée lors du bilan annuel 2016 a montré que la connaissance et la diffusion de la Fiche étaient notées à plus de 85% ; la communauté professionnelle trouve l'outil correct et adapté mais ne s'en sert qu'à 50%, certains ayant développé des barrières personnelles préalables à la SSP. L'usage du téléphone portable du patient est noté comme une avancée.

Les connaissances acquises sur les barrières ayant fonctionné sont les suivantes :

- Utilisation d'un support standardisé de communication
- Réalisation de photos numérisées des lésions
- Utiliser un miroir en consultation et au bloc (prévoir lunettes au bloc)
- Protocole définissant le contenu du dossier opératoire
- Bonnes pratiques de marquage pré-opératoire
- Information et recherche du consentement du patient

Cette SAR a été créée en 2012 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 2% des déclarations d'EIAS (6/265) de l'année 2022.

Incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire

Les incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire constituent une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la défaillance dans la prise en charge d'un patient en ambulatoire constitue un événement fréquent. Il existe encore des dysfonctionnements mineurs liés à l'information faite aux patients/accompagnants et à des défauts d'organisation de l'UCA. Les problèmes d'horaire apparaissent comme les plus fréquents et peuvent être constitutifs de risques de retard de sortie et de « conversion » en hospitalisation complète. L'enquête sur l'éligibilité et le défaut de communication entre anesthésiste et chirurgien contribuent souvent à des erreurs. Les désorganisations de bloc opératoire et du secteur d'hospitalisation sont constatés. L'amplification de l'ambulatoire et la sous-estimation des questions et des soins du lendemain contribuent à une forte demande téléphonique à J1 et à de multiples déplacements secondaires de patients, souvent âgés.

Les connaissances acquises sur les barrières ayant fonctionné sont les suivantes :

- **Organisation du bloc et Environnement professionnel** : Existence d'un règlement intérieur pour la chirurgie ambulatoire (plages opératoires dédiées à la chirurgie ambulatoire), circuit dédié à la chirurgie ambulatoire, moyens en personnel, dossier, livret d'accueil. Validation de la programmation, référentiel des boîtes de matériel, fiches techniques pour la préparation d'une intervention.
- **Phase avant hospitalisation** : Check- List pour appel du patient en J- 1, liste des critères d'éligibilité des patients (prise en compte des facteurs de comorbidité, des critères propres au patient avant l'admission), organisation du circuit de prise en charge en préopératoire, consultation d'anesthésie (ordonnance anticipée, check -List de fin de consultation d'anesthésie.
- **Accueil à l'arrivée** : Check-list accueil (vérification préparation cutanée effectuée par le patient, respect prescriptions médicamenteuses, consignes de jeûne, bonne

compréhension de l'information délivrée, documents administratifs et médicaux utiles), visite anesthésique systématique avant le départ pour le bloc. Livret d'information du patient, document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire (informations administratives, médicales, dépistage du risque de maladie de Creutzfeld-Jacob, prévisions bloc opératoire, matériel à prévoir.

- **Phase Per-opératoire et Post-opératoire** : Check List en zone préparation du patient, Passeport ambulatoire, Check List en zone d'induction, Check List en salle d'intervention, Check List en SSPI, fiche de surveillance post-interventionnelle, document de liaison, compte rendu opératoire type, fiche de surveillance post interventionnelle
- **Préparation de la sortie** : Check List en sortie du patient, Prescription médicale pour confirmer l'aptitude du patient à la sortie, Vérification de la bonne compréhension des consignes de retour à domicile par le malade, Prescription systématique d'antalgiques, Compte rendu d'hospitalisation délivré au patient, Vérification de la conformité du dossier avant la sortie du patient, formalisation des conditions de sortie, numéro de téléphone en cas d'urgence. Consultation d'anesthésie avant la sortie.
- **Informations permettant la continuité des soins** : Check-List pour appel du patient en J+1 (Appel téléphonique systématique, information du médecin traitant), liste « actions à effectuer en cas d'appel d'un patient ou d'un proche ».

La défaillance dans la prise en charge d'un patient en ambulatoire constitue un événement fréquent. La fréquence est estimée à 18 %

Il existe a priori beaucoup de dysfonctionnements mineurs liés à l'information faite aux patients/accompagnants et à des défauts d'organisation de l'UCA. Les problèmes d'horaire apparaissent comme les plus fréquents et peuvent être constitutifs de risques de retard de sortie et de « conversion » en hospitalisation complète.

L'enquête sur l'éligibilité et le défaut de communication entre anesthésiste et chirurgien contribuent souvent à des erreurs. Les désorganisations de bloc opératoire et du secteur d'hospitalisation sont constatés. L'amplification de l'ambulatoire et la sous-estimation des questions et des soins du lendemain contribuent à une forte demande téléphonique à J1 et à de multiple déplacement secondaire de patients, souvent âgés dans notre pratique.

Cette SAR a été créée en 2015 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 7% des déclarations d'EIAS (18/265) de l'année 2022.

Dysfonctionnements concernant les implants mammaires

L'analyse de la base REX sur les EPR déclarés durant la période 2009-2010 a montré que plus de 5% des EPR concernent des dysfonctionnements rencontrés lors de la pose d'implants mammaires. Ainsi, il a été constaté que les implants étaient défectueux ou inutilisables lors de la mise en place (implants crevés ou fissurés avant toute manipulation, rupture iatrogène per opératoire, chute hors du champ, de stérilisation lors de la mise à disposition par la panseuse, inversion de côté dans asymétrie) ou que les implants étaient inadaptés ou non disponibles.

Les facteurs clés de sécurité reposent sur :

- ➔ La vérification A J-3 minimum à l'arsenal
- ➔ Le suivi de la gestion du stock
- ➔ L'utilisation de prothèses d'essai
- ➔ La vérification de la conformité de la commande à la livraison
- ➔ La livraison de prothèse de secours principe du 3 pour 2
- ➔ L'étiquetage nominatif à réception avec date BO
- ➔ Le stockage et transport sécurisé
- ➔ La vérification des emballages et des étiquettes par IDE avant induction
- ➔ Le contrôle en salle par opérateur avant induction
- ➔ Les prothèses de secours
- ➔ La check List à haute voix avant ouverture des emballages

Afin d'éviter que les implants mammaires soient défectueux ou inutilisables lors de leur mise en place ou non disponibles, l'OA définit les barrières décrites précédemment.

Cette SAR a été créée en 2010 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 12% des déclarations d'EIAS (31/265) de l'année 2022.

Confusion d'injectables en per-opératoire

L'analyse de la base de données de l'OA après un an de cumul des EPR a permis de mettre en évidence une situation à risque insoupçonnée et représentant à l'époque 3.9% des déclarations. Il s'agit des incidents d'injection avec, dans 95% des cas, une confusion entre un anesthésique local et un antiseptique incolore, certains s'interrompant avant l'injection devant un doute exprimé ou une hésitation de dernière minute mais certains ayant conduit à une injection avec une douleur atypique et anormale qui a conduit à l'arrêt.

Il a été mis en évidence 219 EPR non ciblés ce rapportant à cette situation à risque pour la spécialité de chirurgie plastique. Ces événements ont été analysés pour comprendre les causes profondes à l'origine de la situation à risques.

Confusion lors d'une intervention chirurgicale entre un produit antiseptique et un anesthésique injectable. Les deux produits sont d'aspect identique (incolore). Ils sont déconditionnés par un professionnel paramédical (aide-opérateur, panseuse) et versés dans des cupules stériles similaires (taille et couleur) sur la zone de travail stérile du chirurgien lors de la préparation de l'intervention.

Les produits sont utilisés à des temps différents : le premier pour la désinfection cutanée du site opératoire, le second, après champage du patient, pour l'anesthésie locale. Les deux cupules restent néanmoins sur le champ de travail durant cette période.

La proximité de deux produits d'aspect identiques crée un risque élevé de confusion lors de leur utilisation et de conséquences graves pour le patient si l'antiseptique est injecté à la place de l'anesthésique. Cette situation a été mise en évidence par des déclarations spontanées d'événements indésirables survenus à des chirurgiens. 219 événements porteurs de risques ont été analysés.

Les connaissances acquises sur les barrières ayant fonctionné sont les suivantes :

- ➔ Cupules différentes en taille et couleur
- ➔ Couleurs des produits différentes
- ➔ Chronologie modifiée
- ➔ Contrôle visuel continu de la préparation de la seringue (mousse, couleur)
- ➔ Contrôle vocal
- ➔ Revoir les flacons
- ➔ Tout jeter et recommencer
- ➔ Arrêter au moindre signe suspect (vive douleur)
- ➔ Excision suture de la zone vouée à nécrose si certitude (atténuation)

Cette SAR a été créée en 2010. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 5% des déclarations d'EIAS (13/265) de l'année 2022.

Défaillance matérielle de préparation à l'intervention

La défaillance matérielle de préparation d'une intervention a été identifiée comme une cause de modification du projet initial faisant dévier l'ampleur et la qualité du geste réalisé.

Les barrières sont les suivantes :

- ➔ Check-list
- ➔ Contrôle approfondi la veille d'un acte peu fréquent, difficile
- ➔ Vérification salle et caddies par IDE et aide opératoire
- ➔ Validation du programme par le Conseil de Bloc Opératoire
- ➔ Gestion de stock en pharmacie
- ➔ Auto contrôle cabinet sur commande implants

Les facteurs clés de sécurité reposent sur :

- ➔ Evaluation des dysfonctionnements entravant la bonne préparation d'une intervention

Cette SAR a été créée en 2009 et mise à jour en 2017. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 12% des déclarations d'EIAS (31/265) de l'année 2022.

Défaillance de préparation du patient

La survenue d'un dysfonctionnement dans la chaîne préparation du patient peut conduire à une erreur de patient, de côté ou de niveau.

Barrières pour limiter la survenue d'un dysfonctionnement de préparation du patient sont les suivantes :

- ➔ Contrôle dans les services : protocoles, check-list
- ➔ Dossier médical complet
- ➔ Programmation opératoire formalisée
- ➔ Check-list au bloc
- ➔ Information patient

La maîtrise du risque lié à la défaillance de préparation du patient repose sur :

- ➔ L'évaluation des dysfonctionnements entravant la bonne préparation d'une intervention

Cette SAR a été créée en 2008. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 3% des déclarations d'EIAS (7/265) de l'année 2022.

Risque d'infection du site opératoire (ISO)

L'infection est un risque permanent en chirurgie, surtout en cas de chirurgie prothétique. L'antibioprophylaxie bien conduite peut permettre de réduire le taux d'infection pour atteindre un chiffre entre 1 et 2%. Les bactéries présentes sur le site opératoire sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable et l'acte chirurgical induit des anomalies des défenses immunitaires.

Les connaissances acquises sur les barrières ayant fonctionné sont les suivantes :

- ➔ Qualité et traçabilité de la stérilisation des instruments
- ➔ Plan de soins hiérarchie des pansements dans les services
- ➔ Réduction des « aller- venues » en salle d'opération
- ➔ Check-list
- ➔ Protocole de préparation cutanée de l'opéré
- ➔ Marche en avant du plus au moins propre dans un programme
- ➔ Hygiène, réduction manu portage, lavage des mains
- ➔ Protocole d'Antibioprophylaxie

La maîtrise du risque lié au risque d'infection du site opératoire repose sur la :

- ➔ Mise en œuvre d'un protocole d'infectiovigilance

Cette SAR a été créée en 2008. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 7% des déclarations d'EIAS (19/265) de l'année 2022.

Dysfonctionnements concernant le travail avec du personnel intérimaire

Le recours au travail intérimaire augmente dans les établissements de santé. L'intégration de ces personnels et plus largement des personnels nouvellement embauchés et des personnels stagiaires est souvent ressentie par les équipes permanentes comme une source d'insécurité. Méconnaissance des protocoles et d'habitudes non écrites, entrave à la fluidité du programme opératoire, manque de réactivité aux incidents sont autant de facteurs de stress pour l'équipe soignante.

Les barrières proposées pour réduire ce risque sont

L'accueil des personnels intérimaires

L'accessibilité à une documentation adaptée

Favoriser la communication entre professionnels : importance du briefing

Réalisation optimale de la check list

L'adaptation éventuelle de l'activité de soins

Fidélisation des personnels intérimaires

La maîtrise du risque lié à l'intégration d'un personnel intérimaire, nouvellement embauché ou stagiaire repose sur :

- Un accueil adapté
- Diffusion adaptée des protocoles de l'établissement
- La réalisation par l'opérateur briefing préalable à une journée de soins
- Une check-list rigoureuse

■ Cette SAR a été créée en 2024.