

FCVD

Fédération de Chirurgie
Viscérale & Digestive



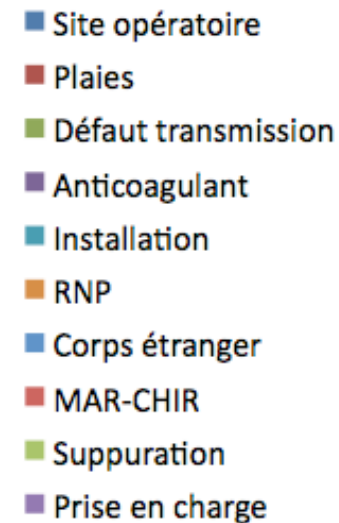
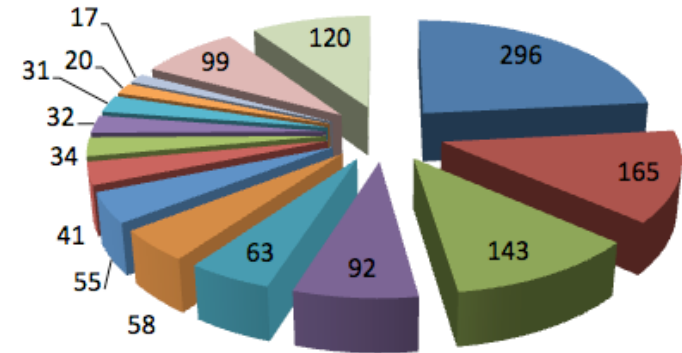
L'exploitation de la base REX

***Application à la chirurgie pariétale:
Spécificités, enseignements ...***

***JF Gravié
A Deleuze
MESH 2013***

1236 EPR déclarés en chirurgie pariétale

- Erreur de site opératoire 296
- Plaies vasculaires et viscérales 165*
- Défaut de transmission d'information 143*
- Matériel indisponible 120
- Traitement antiagrégant-anticoagulant 92*
- Défaut d'installation et de préparation 63
- Reprise non programmée 58
- Corps étranger 55
- Relation anesthésiste-chirurgien 41
- Suppuration 34
- Retard de prise en charge 32 (hernie étranglée)
- Source d'énergie 31
- Douleur par agrafage 20
- Occlusion 17
- Divers 99

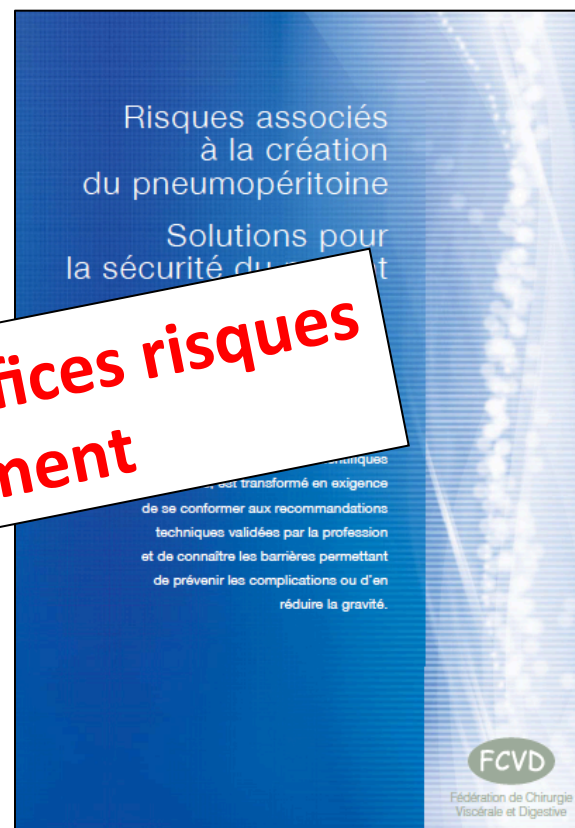


* EPR ciblés

Plaies vasculaires et viscérales

- Vasculaires 60
 - Essentiellement sous cœlioscopie
 - 6 plaies des vaisseaux iliaques
 - 2 plaies aortiques
 - 1 plaie de la VCI
- Viscérales
 - Grêle 65
 - Colon 8
 - Vessie 28
 - Estomac 3
 - Foie 1

**Information: Bénéfices risques
Consentement**



Défaut de transmission d'information

- Homonymie (14)
- Allergie (Latex)
- Traitement antiagrégant ou anticoagulant
- Programmation
- Antibioprophylaxie
- Divers



Matériel indisponible

- Type de plaque
- Dimension de prothèse
- Changement de laboratoire
- Matériel de cœlioscopie
- Causes racines
 - Gestion des stocks
 - Problèmes économiques
 - Défaut de communication pharmacien-chirurgien

SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE
Version 2011 - 01

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

Merci : _____ Salle : _____
Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
Chirurgien « intervenant » : _____
Anesthésiste « intervenant » : _____
Coordonnateur(s) check-list : _____

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

1. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence de chirurgien(s) - anesthésiste(s) / ADE - BODE / IEG
 Oui Non Oui? Non? N/A

2. Intervention prévue confirmée
 Oui Non Oui? Non? N/A

3. Site opératoire confirmé
 Oui Non Oui? Non? N/A

4. Documents nécessaires disponibles (notamment images)
 Oui Non Oui? Non? N/A

5. Partage des informations essentielles, uniquement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out)
 Oui Non Oui? Non? N/A

6. Sur le plan chirurgical (temps opératoire, identification des matériels médicaux, confirmation de leur opérabilité, etc.)
 Oui Non Oui? Non? N/A

7. Sur le plan anesthésique (intervenants, confirmation de leur disponibilité, etc.)
 Oui Non Oui? Non? N/A

8. Avec un autre charge anesthésique (équipe préparatoire, les autres équipes ou à disposition pour le traitement, notamment maintenance, etc.)
 Oui Non Oui? Non? N/A

9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations en vigueur dans l'établissement
 Oui Non Oui? Non? N/A

10. La préparation de change opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement
 Oui Non Oui? Non? N/A

11. Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates:
- Le patient présente-t-il un :
- risque allergique Non Oui? Non? N/A
- risque d'instabilité, de difficulté d'intubation ou de ventilation Non Oui? Non? N/A
- risque de saignement important Non Oui? Non? N/A

APRES INTERVENTION
Passer avant sortie de salle d'opération

1. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'intervention enregistrée, Oui Non? N/A
- du compte final correct des compresses, algues, instruments, etc., Oui Non? N/A
- de l'équipage des prélèvements, pièces opératoires, etc., Oui Non? N/A
- si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont signalés : déclaration / si aucun événement indésirable n'est signalé, aucun événement indésirable, aucun N/A Oui Non? N/A

2. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste Oui Non? N/A

DECISION CONCERTEE EN CAS DE NON CONFORMITE DU DE REPONSE MARQUEE D'UN « ? »

Selon procédure en vigueur dans l'établissement
Attention que la check-list a été remplie suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe
Anesthésiste / ADE Oui Non? N/A
Chirurgien Oui Non? N/A
Coordonnateur C.L.

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, DES ANESTHÉSISTES RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE. (3) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET (4) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCADRE SPÉCIFIQUE.

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE « ? ») ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCENTRATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCADRE SPÉCIFIQUE.

Antiagrégants- anticoagulants

Problèmes de gestion et impact sur la chirurgie

- Pré opératoire
 - Non arrêt du traitement
 - Défaut de communication MAR-patient
 - Interférence MAR-cardiologue-chirurgien
- Post opératoire
 - Défaut de prescription Check-list non respectée
 - Défaut de relais AVK-antiagrégant-HBPM
- Conséquences
 - Hématome
 - Hémopéritoine
 - Reprise chirurgicale
 - 3 castrations pour hématome



Erreur de site opératoire

- Erreur ou presque erreur de côté (inguinale) : 225
 - 45 erreurs de côté non évitées
- Défaut de repérage (hernie ligne blanche) : 71
- Les barrières
 - Check-list
 - Dossier médical
 - Vigilance du personnel



Erreur de site opératoire

- Causes racines :
 - Non respect de la check-list
 - Fiche de consultation non présente dans le dossier
 - Chirurgien dans une autre salle
 - Défaut de programmation
 - Erreur de secrétariat
 - Communication patient
 - (enfant, démence, prémédication)
 - Absence de marquage



COELIO

EPR 126912

- Acte opératoire (**hernie droite**) prévu de longue date, **le patient déjà endormi au bloc opératoire, dossier médical non consulté, erreur d'intitulé sur la feuille d'hospitalisation.**
Exploration per op: gros sac herniaire gauche, **adhérences cicatricielles dans la fosse iliaque droite, région inguinale droite non vue.** Cure de hernie inguinale gauche. **Photos prises per op.**
- J'informe le patient sur l'erreur de coté. Pour autant l'opération a été utile (photos). Il accepte mes explications et revient 3 semaines plus tard pour la cure de sa hernie droite.



Projet international « High 5s » OMS

Correct Site Surgery : le bon patient , le bon coté , la bonne procédure

CHECK LIST « High 5s »

- Vérification pré opératoire
- Marquage du site chirurgical
- Vérification au time out de la CL

STANDARDISATION DES PROCÉDURES
Projet OMS évalué dans 50 hôpitaux

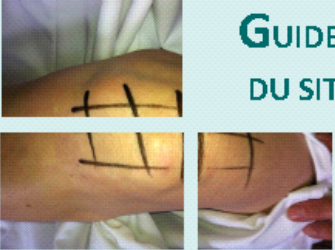
2 ans d'implémentation et d'évaluation dans 8 établissements français:
« La mise en oeuvre du marquage par les équipes francaises a soulevé des questions organisationnelles et techniques, des problématiques d'ordre culturel, éthique et liées aux questions de responsabilité médico- légale. »

Guide de marquage

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_to_surgical_site_marking.pdf




PROJET HIGH 5S

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



PROJET HIGH 5s
La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie

VERSION FRANÇAISE
ÉDITION SEPTEMBRE 2012

PROJET HIGH 5S

CARACTÉRISTIQUES HIGH 5S D'UN MARQUAGE CORRECT


Le marquage est effectué par le chirurgien qui opère ou par une personne qualifiée désignée (Médecin ou IDE participant à la préparation ou à l'intervention).
Le marquage est fait avant que le patient ne soit amené dans la salle d'opération.
Le patient est conscient et impliqué lors du marquage lorsque c'est possible.
Le marquage est réalisé au plus près du site d'incision.
Seul le site devant être opéré est marqué.
Le marquage est sans ambiguïté et il n'est pas un symbole utilisable pour marquer un site).
Le marquage est réalisé en utilisant une encre résistante à la préparation du patient.
Les modalités de marquage sont cohérentes avec les règles de l'établissement.
Lors d'un accès médian à un organe latéral, le marquage indique le côté à opérer.

TRAÇABILITÉ ET VÉRIFICATION DU MARQUAGE

Tracé à l'encresur la fiche High 5s :

- Réalisation ou non du marquage
- Refus éventuel du patient
- Nom de la personne qui a effectué le marquage

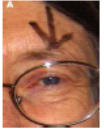
Vérification :
Vérification croisée avec l'équipe présente en salle lors du « time out » ou temps de pause avant incision : « Site opératoire correct avec visualisation du marquage »






Ce guide de références est applicable à toutes les procédures relevant du marquage, c'est-à-dire à tous les actes pratiqués dans les blocs opératoires de l'établissement, à l'exception des salles dédiées à l'amblyopie.

Le marquage ne concerne pas à lui seul le marquage de référence, il ne doit pas être réalisé sans les autres éléments du processus.

Il s'agit d'un guide de marquage de site chirurgical à destination des équipes de soins. Ce guide est un document évolutif.



PROJET HIGH 5s - La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie - Fiche-clé du guide de marquage du site chirurgical - septembre 2012

PROJET HIGH 5S

POINTS CLÉS DU GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL

OBJECTIFS - ENJEUX
Éviter les erreurs de côté, de personne ou de procédure et identifier sans ambiguïté le site de l'incision ou de l'insertion

QUI ?

- Préférentiellement, le chirurgien qui réalisera l'intervention
- Délégation possible à un médecin ou une infirmière directement impliquée dans la préparation du patient ou de l'intervention

QUAND ?

- Avant l'entrée du patient en salle d'opération
- Idealement avant prémédication sédatrice
- Sur un patient éveillé et conscient, dans la mesure du possible

QUOI ?


TOUS LES CAS D'INCISION OU D'INSERTION D'INSTRUMENTATION PERCUTANÉE QUI IMPLIQUENT :

- Latéralité : un seul membre ou un seul organe sur les deux
- Structures ou surfaces multiples : tendon fémoro-patellaire, extenseur, lésions, doigts, ongles...
- Niveaux : chirurgie du rachis, vertèbre

SAUF :

- Urges vitales (décision du chirurgien)
- Prématurés (méthode alternative avec un bracelet)
- Sites techniquement impossibles à marquer (ex : périnée)
- Chirurgie dentaire
- Interventions à l'aide de simulateurs
- Actes d'endoscopie
- Plaque ou lésion évidente s'il s'agit d'un site à traiter
- Confirmation de la latéralité après examen sous anesthésie/ exploration

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

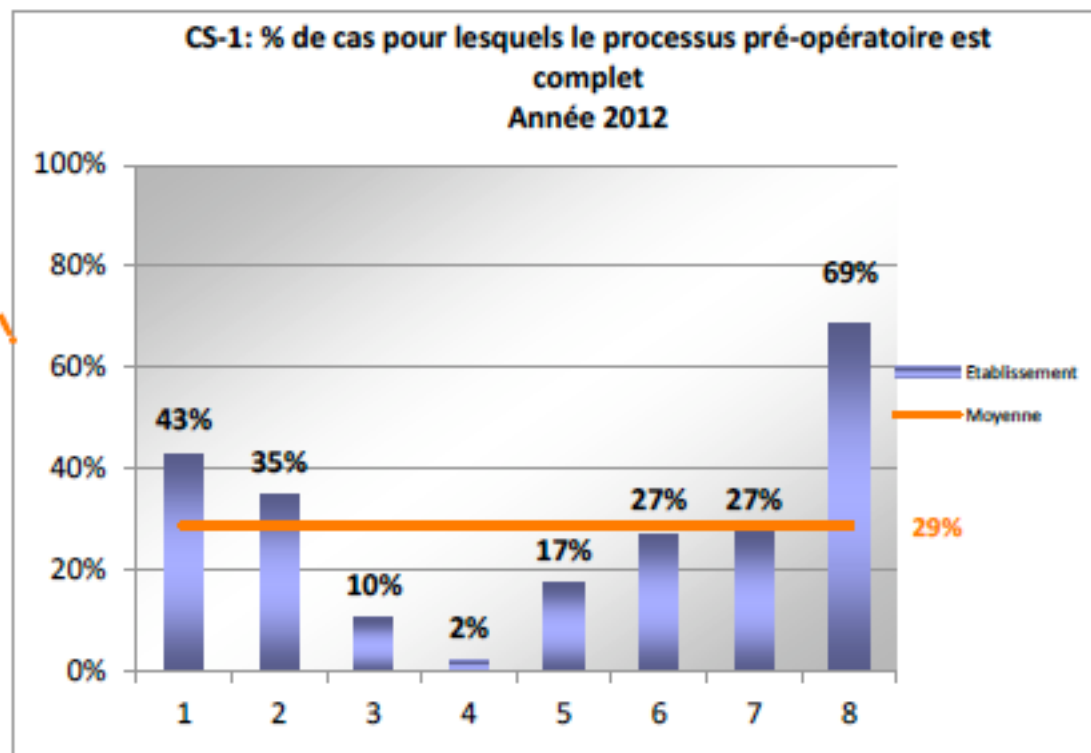


CEPPRAL
CENTRE NATIONAL DE PREVENTION DES ERREURS DE PROCÉDURE ET DE SITE EN CHIRURGIE

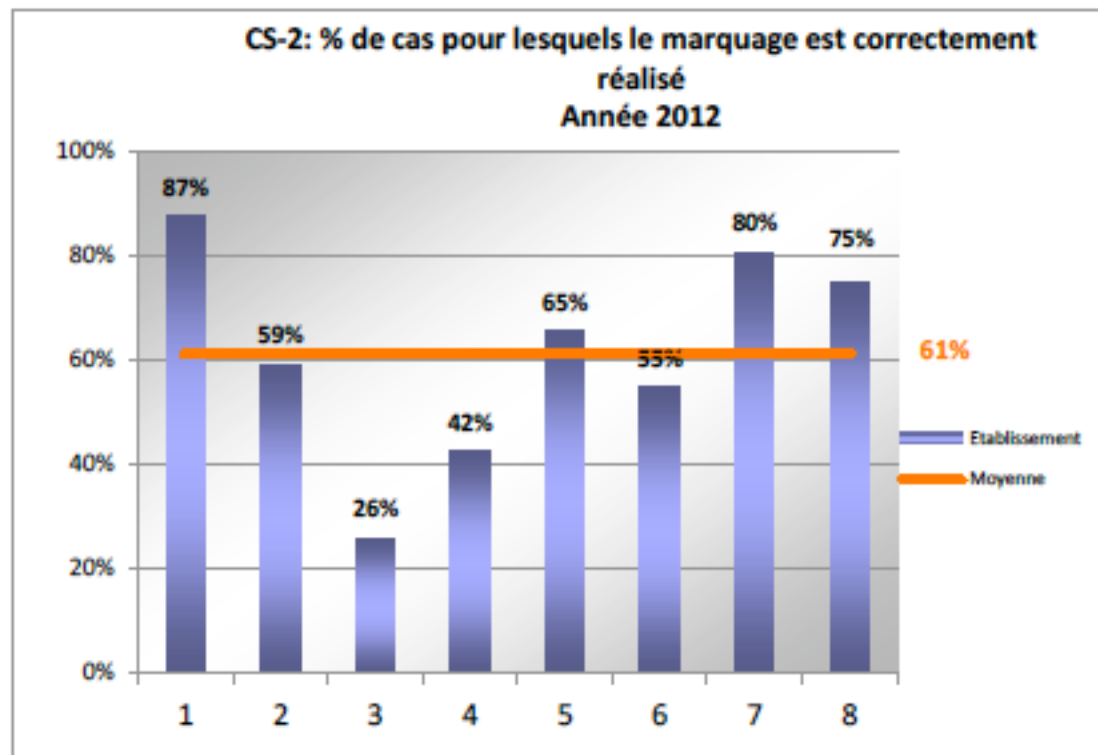
PROJET HIGH 5s - La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie - Fiche-clé du guide de marquage du site chirurgical - septembre 2012

PRE-OP : En moyenne le processus de vérifications pré-opératoires a été complet dans 29% des cas.

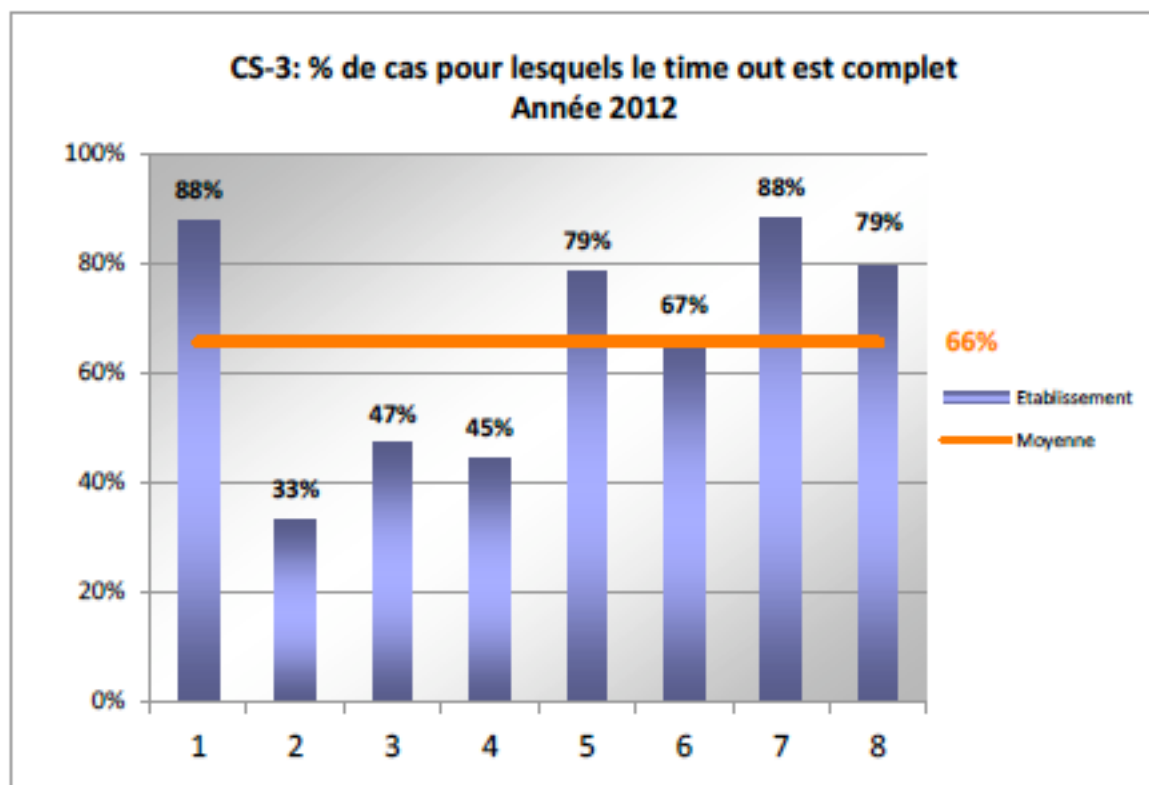
Dix étapes de vérifications préopératoires portant sur l'identité du patient, l'intitulé de l'intervention et le site/côté à opérer sont effectuées en temps réel par les différents professionnels en charge du patient depuis la première consultation jusqu'à l'entrée au bloc.



MARQUAGE : En moyenne le marquage a été réalisé conformément aux exigences High 5s dans 61% des cas.



TIME OUT : En moyenne, le time out a été réalisé correctement et les vérifications ultimes faites dans 66% des cas.



La chirurgie en ambulatoire ?

- Cause systémique d' EPR
- Nécessité d' une analyse ciblée
- Organisation du processus +++
 - Check list « High 5s »



Conclusions

- Les leçons de la base REX
 - Le risque d'erreur du site opératoire
 - Le risque coelioscopique particulier
 - Le risque lié à la prise en charge des antiagrégants et anticoagulants
- Les solutions
 - Dossier médical et transmission de l'information
 - Le marquage du site opératoire
 - La Check list au boc opératoire
- L'ambulatoire
 - Facteur de risque particulier
 - La performance contrôlée par une politique de GDR