

## Programme D : MAXILLORISQ – ACCREDITATION EN INDIVIDUEL

Le programme d'accréditation individuelle comporte 3 exigences, à réaliser annuellement :

- ➔ la **déclaration de 2 événement indésirable associé aux soins**, ciblé ou non, en privilégiant si possible les situations à risque péri-opératoire. Bien qu'il soit vivement recommandé de débriefer en RMM ces EIAS, ils peuvent aussi être analysés individuellement entre le praticien et son expert au travers de la grille support du SIAM.
- ➔ la **mise en œuvre de 2 recommandations** correspondant au champ d'activité du médecin: il s'agit d'appliquer dans la pratique quotidienne les recommandations choisies par l'OA (émises par des sociétés savantes, des institutions ou par le conseil scientifique de l'OA).
- ➔ la **réalisation de 2 activités** correspondant au champ d'activité du médecin)

Tableau 1 - Programme d'accréditation individuelle

Exigences annuelles	Activités	Recommandations	EIAS
<b>Travail en équipe</b>			
<b>Pratiques professionnelles</b>	Participation individuelle à un congrès de notoriété (liste CNP) Participation à une journée de l'OA (JBP) Suivre une action de DPC concernant la spécialité et validée par le CNP Adaptation et évaluation de la Check-list de la spécialité Participation aux RMM	Mettre en place au moins deux recommandations de la liste proposée	Déclaration de deux EIAS dans le SIAM
<b>Sécurité du patient</b>	Déclaration de deux EIAS sur le Siam		
<b>Santé du professionnel facultatif pour l'instant mais conseillée</b>	Auto-évaluation de l'état de santé du médecin (autotest) Déclaration d'un médecin traitant Connaître les structures de recours (associations) Autre action concernant la santé du médecin proposée		

	notamment par le CNP (référentiel de certification)	
<b>Relation avec le patient facultatif pour l'instant mais conseillé</b>	Communication avec le patient Recueillir la parole du patient et l'associer à la démarche de soin. Ou tout autre action concernant la relation avec le patient proposée par le CNP (référentiel de certification)	

Exigences annuelles	En Monodisciplinaire	En Pluridisciplinaire
<b>Déclaration / Analyse EIAS</b>	<b>2 EIAS / an</b>	Analysé en RMM (avec CR à l'appui)
<b>Mise en œuvre des recommandations</b>	<b>2 recommandations par an choisies parmi celles proposées par l'OA</b>	
<b>Réalisation d'activités</b>	<b>2 activités par an choisies parmi celles proposées par l'OA</b>	
	Participation à un congrès de notoriété (liste CNP) Participation à une journée de l'OA (JBP) Suivre une action de DPC concernant la spécialité et validée par le CNP Adaptation et évaluation de la Check-list de la spécialité Participation aux RMM	Rédaction d'une procédure / protocole en commun avec les collègues d'une autre discipline

## 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
Défaut de prise en charge d'un patient sous antiagrégant plaquettaire ou anti coagulant oral en chirurgie dento-alvéolaire	Non
Risque de déroulement d'une chirurgie ambulatoire non conforme aux prévisions	Non
Élaboration d'un programme opératoire et aléas de déroulement	Non
Défaillance de la communication et /ou de la coopération avec les autres professionnels de santé	Non
Défaillance du circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire.	Non
Pose d'implants oraux en situation dégradée	Non
Défaut de matériel	Non
Effet tunnel	Non

### Défaut de prise en charge d'un patient sous antiagrégant plaquettaire ou anti coagulant oral en chirurgie dento-alveolaire

Une recommandation a été rédigée par la SFAR en 2014

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 plaquettaire ;

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. 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.

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

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).
- Un antidote spécifique existe sur le marché pour le dabigatran mais pas encore pour le rivaroxaban ni l'apixaban.

La gestion du risque hémorragique et thrombo-embolique chez ces patients 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. Enfin certaines interventions programmées ne nécessitent pas l'arrêt des 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.

#### **Facteurs clés de sécurité**

- ➔ Protocoles de prise en charge spécifiques en fonction du type d'anticoagulant utilisé

### Barrières

- ➔ Recommandation disponible, protocoles de service
- ➔ Dossier patient
- ➔ Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou LAP)
- ➔ Dispensation/délivrance sous le contrôle effectif d'un pharmacien
- ➔ Information et vigilance du patient et de son entourage
- ➔ Vérification ultime par le soignant avant l'administration
- ➔ Surveillance clinique et biologique du patient
- ➔ Programmation opératoire
  - Consultation préopératoire (chirurgien et anesthésiste)
  - Check-list au bloc opératoire
  - Contrôle post-opératoire des prescriptions

Cette SAR a été créée en 2011. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0 % des déclarations d'EIAS (0 /114 ) de l'année 2022.

## Risque de déroulement d'une chirurgie ambulatoire non conforme aux prévisions

L'augmentation des interventions en chirurgie ambulatoire a conduit à l'élévation parallèle des aléas préopératoires prévisibles. Les contraintes économiques cherchant à limiter les interventions refusées doivent conduire l'équipe soignante à une coordination optimale.

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 survenue de ce type d'EIAS. Le protocole de préparation de l'opéré, vient réunir les protocoles de préparation cutanée, les procédures de recueil des éléments biologiques d'imagerie et les consultations des différents spécialistes rencontrés dans le cadre du bilan, le protocole de prémédication et le respect des consignes de jeûne, 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.

Les conditions de « mise à la rue » sont étroitement liées au geste chirurgical réalisé et à la situation environnementale du patient quittant l'établissement ; la coordination de l'équipe soignante est essentielle pour le bon déroulement de l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.

### Facteurs clés de sécurité

- ➔ Définition précise du chemin clinique
- ➔ Mise en place de protocoles adaptés
- ➔

### Barrières

- Qualité du chemin clinique : accueil du patient, entrée dans le service, contrôle médical préopératoire
- Communication entre professionnels, respect des protocoles, qualité des délégations de tâches

Cette SAR a été créée en 2013. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 10,5 % des déclarations d'EIAS (12/114) de l'année 2022

## Élaboration d'un programme opératoire et aléas de déroulement

Le programme opératoire est aux professionnels du bloc opératoire ce que la partition musicale est aux musiciens d'un orchestre symphonique, sans lui c'est la cacophonie. Il y a donc lieu qu'il soit lisible et accepté de tous les participants, c'est dire si l'information doit être pertinente, complète, et correctement diffusée, en amont, sur le site du bloc et en aval. L'usage de logiciel dédié peut participer à cet exercice et faciliter la communication. Depuis sa création (devenue obligatoire) le Conseil de bloc, soutenu par une Charte, permet d'analyser les dysfonctionnements et de proposer des ajustements. Le bloc opératoire est le lieu où se croisent toutes les catégories professionnelles d'un établissement de santé, c'est donc un lieu d'échange et par son type d'activité de tension, tension des patients d'une part et des professionnels qui les accueillent d'autre part. Les risques de fausses notes sont donc nombreux.

### Facteurs clés de sécurité

→ Le retour d'expérience met en évidence la nécessité (obligation légale) du Conseil de Bloc dont la fonction doit être effective. Son activité est sous tendue par la Charte de bloc. La Charte constitue le règlement intérieur du bloc, elle a été élaborée par les représentants de chaque catégorie de professionnels du bloc



### Barrières

Dossier patient complet renseigné et accessible par tous les acteurs  
Double du courrier de consultation adressé aux professionnels concernés (anesthésistes, cardiologues, réanimateurs, kinésithérapeutes),  
Consignes écrites transmises à l'établissement dans le dossier de préadmission  
Staffs de programmation du bloc opératoire, procédures d'information pour les personnels remplaçants, protocoles de répartition des tâches  
Check-list (jour de l'admission, bloc opératoire),  
Vérification en amont (5-7 J) avant l'hospitalisation  
Équipe : Fonctionnement du Conseil de bloc  
Équipe : Charte de bloc actualisée  
Équipe : Analyse des fiches de dysfonctionnement  
Équipe : RMM

Cette SAR a été créée en 2016. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0% des déclarations d'EIAS (0/114) de l'année 2022.

## Défaillance de la communication et /ou de la coopération avec les autres professionnels de santé

La qualité de la communication et de la coopération entre les professionnels de santé représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient. La fluidité de la communication et la coopération entre l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient est essentielle pour limiter la survenue d'un défaut de préparation, de bilan ou de matériel disponible avant l'hospitalisation. La communication et la coopération permettent également d'éviter les annulations ou reports de dernière minute qui sont de possibles sources de stress pour le patient et l'équipe, d'aggravation du risque chirurgical, ou de perte de chance.

### Facteurs clés de sécurité

- ➔ Vérification régulière de la bonne interprétation des protocoles avec confirmation orale si doute.

### Barrières

- Dossier patient complet renseigné et accessible par tous les acteurs
- Double du courrier de consultation adressé aux professionnels concernés (anesthésistes, cardiologues, réanimateurs, kinésithérapeutes),
- Consignes écrites transmises à l'établissement dans le dossier de pré-admission
- Staffs de programmation du bloc opératoire, procédures d'information pour les personnels remplaçants, protocoles de répartition des tâches
- Check-list (jour de l'admission, bloc opératoire),
- Vérification en amont (5-7 J) avant l'hospitalisation
- Équipe : Réunions et protocoles relatifs au travail en équipe
- Équipe : Briefings
- Équipe : Debriefings
- Équipe: RMM

Cette SAR a été créée en 2016. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0% des déclarations d'EIAS (0/114) de l'année 2022.

## Défaillance du circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire

La défaillance dans la gestion des prélèvements en salle d'opération est susceptible de conduire à une perte des prélèvements ou à une mauvaise orientation pouvant entraîner une perte ou 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 survenance de ce type d'EIAS. L'importance de la réalisation effective et systématique de la Check-list doit être rappelée.

### **Facteurs clés de sécurité**

- ➔ Vérification régulière des différentes étapes du circuit.

### **Barrières**

- Protocoles existants et disponibles
- Indication sur le programme opératoire de la réalisation d'un prélèvement programmé
- Dossier patient : indication de prélèvement posée
- Procédure de contrôle d'exhaustivité des résultats de prélèvement reçus

Cette SAR a été créée en 2019. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 5,25% des déclarations d'EIAS (6/114) de l'année 2022.

## **Pose d'implants oraux en situation dégradée**

Une recommandation a été rédigée par la SFSCMFCO en 2008 sur les conditions de pose d'implants oraux

La bibliographie est large pour décrire des éléments de technique chirurgicale mais les consensus sont rares.

La formation initiale, selon les écoles mais surtout l'expérience de chaque chirurgien conduit à des pratiques personnalisées qui reposent avant tout sur l'accord du trinôme PATIENT/ Odontologiste chargé de la réhabilitation prothétique finale/ chirurgien poseur d'implant(s).

S'agissant d'une activité « hors convention » au regard du régime général des prestataires sociaux, l'appréciation des résultats dépend de la « satisfaction patient » empreinte de subjectivité.

La pose d'implants n'en demeure pas moins une activité chirurgicale, avec les risques que cela comporte et mettant en jeu la responsabilité médicale. L'élévation des contentieux est une preuve, à la fois de la démocratisation de ces techniques de réhabilitation mais aussi d'éléments objectifs d'insatisfaction des patients.

Les conséquences sont le plus souvent assez faibles et peuvent conduire à une banalisation des aléas. Elles n'ont souvent pas permis jusqu'à présent une prise de conscience des différentes équipes de l'enjeu en matière de qualité et sécurité des soins. Toutefois la fréquence des aléas impose une réflexion dont la démarche d'accréditation peut être un support.

S'agissant souvent de chirurgie sous anesthésie locale ou locorégionale, l'intervention d'un médecin anesthésiste n'étant pas requise, la gestion du terrain et des comorbidités du patient

est conjointe entre le chirurgien et le médecin traitant du patient qui peut intervenir comme un interlocuteur supplémentaire dans la boucle des décisions.

### **Facteurs clés de sécurité**

- ➔ Protocoles de prise en charge spécifiques en fonction du type d'implant utilisé

### **Barrières**

- Recommandations disponibles, protocoles de service
- Dossier patient (traçabilité des échanges des intervenants)
- Prescription nominative, écrite, datée, signée (commande laboratoire)
- Dispensation/délivrance (chronologie adaptée)
- Information et vigilance périopératoire
- Vérification ultime par le soignant (check-list)
- Consultation préopératoire (chirurgien et odontologiste)
- Programmation opératoire adaptée
- Prescriptions et suivi post opératoire

Cette SAR a été créée en 2021. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0% des déclarations d'EIAS (0/ 114) de l'année 2022.

## **Défaut de matériel**

Parmi les déclarations enregistrées un certain nombre concernent des incidents liés aux matériels, non mise en exergue pour l'instant, cette SAR vise à les identifier.

Constatation peropératoires 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).

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 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.

### **Facteurs clés de sécurité**

- ➔ Suivi régulier de l'état du matériel et l'assurance d'une communication fluide entre les différents intervenants

## Barrières

- Respect d'un délai de commande suffisant
- Formalisation des procédures de commande / stockage
- Procédures d'information des acteurs sur la disponibilité du dispositif médical
- Vérification de la disponibilité du matériel en amont
- Check-list matérielle ?

| Cette SAR a été créée en 2023.

## Effet tunnel

### De quoi s'agit-il ?

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

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

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

Cette fixation de l'attention entraîne une fermeture mentale aux autres possibilités avec disparition de tout esprit critique. Ce quasi-blocage n'est pas perçu par le praticien et peut apparaître, vu de l'extérieur, comme une obstination. La pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. Ainsi, par exemple, l'opérateur persiste

à vouloir réaliser un geste sur un patient malgré les échecs répétés d'essais itératifs, alors que la situation clinique du patient se dégrade.

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

### **Facteurs clés de sécurité :**

#### **1) L'effet tunnel**

- n'est pas si rare ;
- concerne tous les professionnels de santé,
- peut survenir à tout moment, en pré-, per- et post- interventionnel, aussi bien dans des situations à haute charge cognitive que dans des situations de routine ;
- peut être responsable de la survenue d'EIAS à la fois graves et évitables.



2) Ainsi, il est préconisé, lorsqu'un professionnel de santé est en difficulté :

- D'exprimer à voix haute ses difficultés pour que l'équipe puisse intervenir au besoin et inversement d'oser intervenir pour un confrère
- De ne pas hésiter à solliciter l'avis d'un collègue
- De prendre un temps de pause ou au moins de ralentir pour réfléchir

3) Pour prévenir l'effet tunnel

- Former à l'effet tunnel
- Former à la métacognition
- Améliorer l'environnement de travail et mettre en place l'outil mnémotechnique :  
PAUSE
- Si on est : Pressé, Affamé, Usé, Seul ou Enervé il est temps faire une pause !
- Améliorer le travail en équipe : Permettre à chaque membre de l'équipe de se sentir légitime d'intervenir : c'est le « speaking up » ou oser dire
- Identifier les situations à risques
- Mobiliser les outils disponibles : Alarmes sonores et/ou visuelles, Prise en charge protocolisées, check-lists générales et celle de la spécialité

### **Barrières**

Mettre en pratique la métacognition c'est-à-dire déclencher le « slowing down » ou prendre le temps de la réflexion et passer en mode « analytique » afin de remettre en cause leur attitude leur choix, voir d'envisager des scénarios alternatifs.

Mettre en pratique l'outil d'aide cognitive Pour-DECIder

La partie POUr concerne le processus cognitif : P problème, Ou options utiles, R risques de chaque option

Le trait d'union – représente l'indispensable échange et partage en équipe

La partie DECIder concerne le processus d'action : D Décision, E execution, Cider le contrôle

- ➔ Appeler à l'aide : faire appel à l'équipe ou appel à un ami
- ➔ Mettre en place le « slowing down »

■ Cette SAR a été créée en 2023.