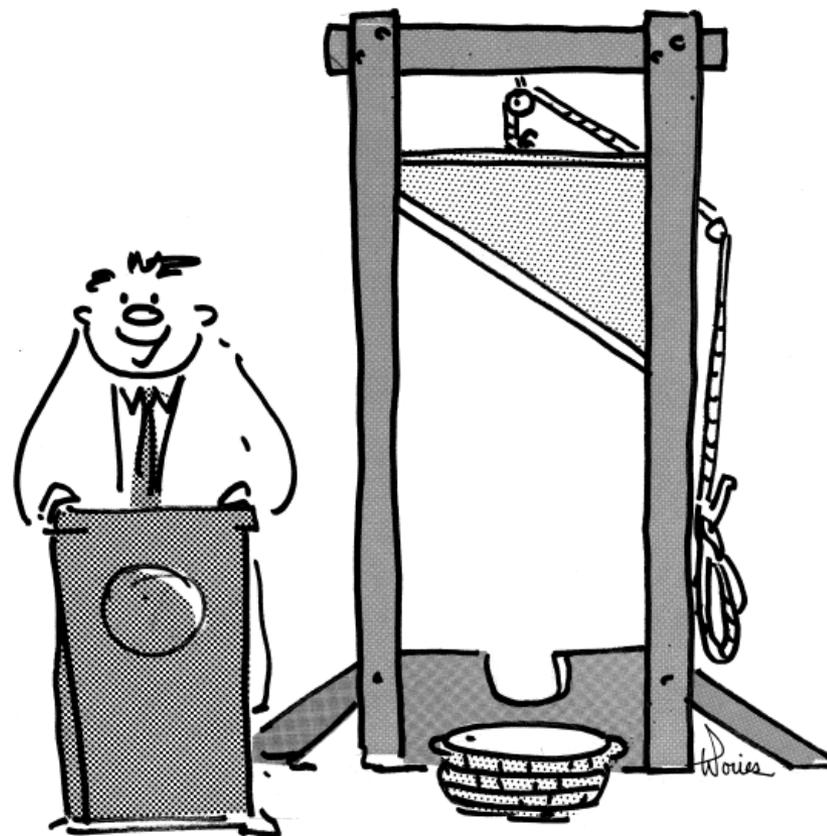


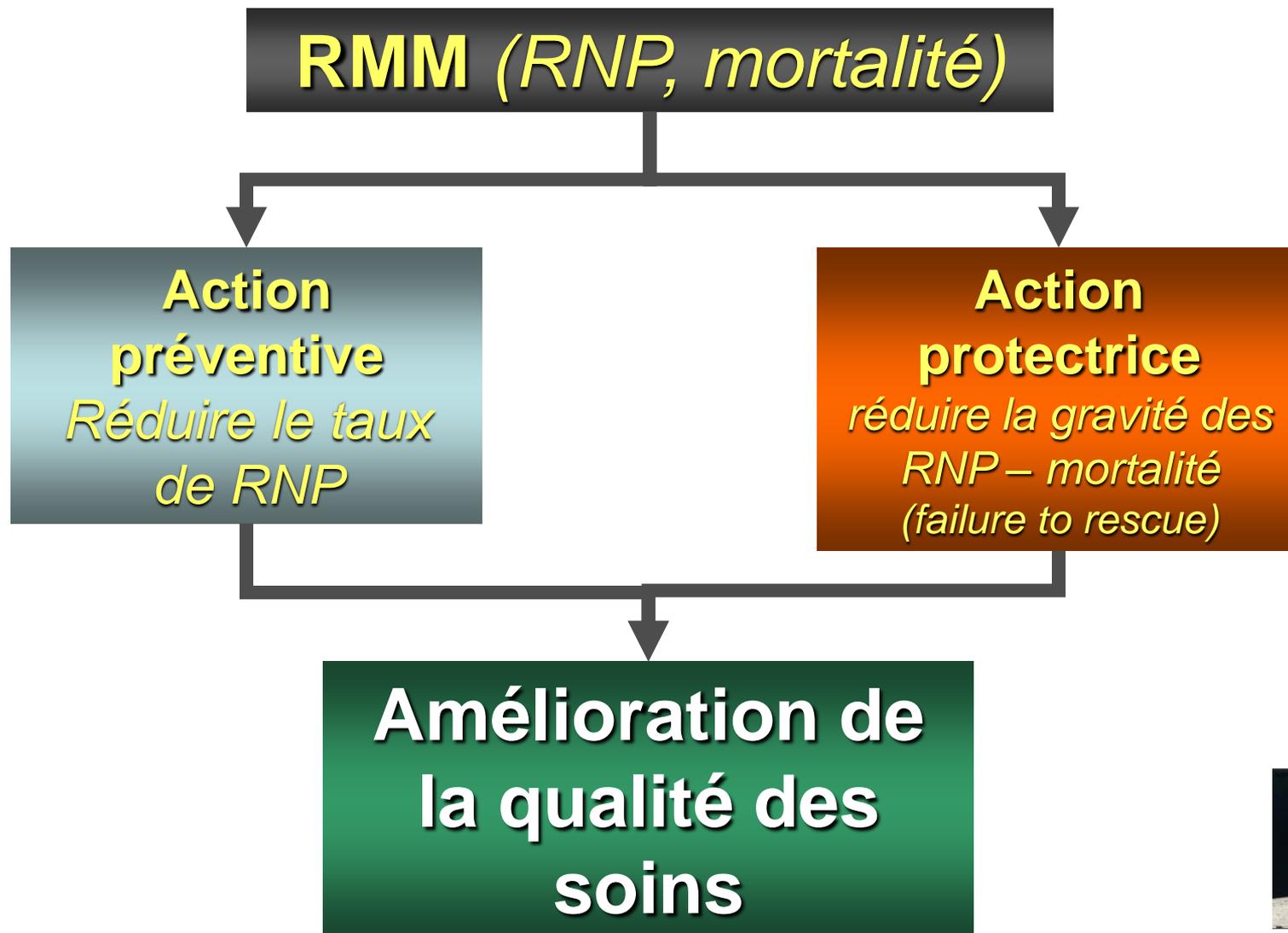
# Comment présenter et analyser en RMM une complication anastomotique en chirurgie digestive

kslim@chu-clermontferrand.fr



*“Good morning! Thank you for coming to  
our M&M Conference.....”*

# Projet Apollo



# Programme triennal

Février 2010  
-Groupe pilote  
(n=12)  
-Fiche de  
recueil -  
Sélection de 20  
centres  
-RMM

**Groupe pilote  
RMM test**

2010

**Généralisation  
des RMM et test  
de l'outil registre**

2011

**Registre National  
Chir CR  
+ autres chirurgies**

2012



# Fiche de recueil des données

1

**FICHE**

**Réinterventions Non Programmées**

Etablissement : .....

Date de la Réunion : ...../...../..... Responsable de la Réunion : .....

Secrétaire : .....

Présents : .....

---

**PATIENT**

Age \_\_\_\_ Sexe M / F

Réintervention non programmée

Décès postopératoire

---

**Analyse de la (des) Réintervention(s)**

**1. Facteurs liés au patient**

- Facteurs de morbi-mortalité et leur gestion périopératoire

Traitement/prévention de facteurs de morbidité PO

- Dénutrition (perte de plus de 10% poids en 6 mois)
- Insuffisance cardiaque
- HTA
- Diabète\*
- Corticothérapie\*

Le signe \* renvoie aux annexes

2

**2. Facteurs liés aux tâches (protocoles) à effectuer**

- Y-a-t-il un protocole de surveillance postopératoire ?

- Protocole écrit      oui    non

- Prescription spécifique

- Le protocole a été suivi    non suivi

Si protocole non suivi, précisez : .....

---

- Surveillance clinique quotidienne :

Interne	Chirurgien	Personnel paramédical
oui    non	oui    non	oui    non
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- Protocole écrit d'alerte en cas de déviation du cours normal

Le signe \* renvoie aux annexes

7

- Contexte économique réglementaire, par ex : malade sorti prématurément pour des raisons économiques alors que son état aurait nécessité une hospitalisation plus longue

- Contexte de l'activité chirurgicale, par ex : jour et heure de l'intervention ou de la RNP ne permettant pas au patient de bénéficier d'une prise en charge optimale, ou absence d'USI, ou absence d'unité de soins continus, ou hospitalisation pré ou postopératoire dans une unité ne relevant pas de la spécialité chirurgicale ( par ex : médecine, dermatologie, etc ...)

**Synthèse des facteurs de morbidité**

Facteur(s) explicatif(s) : .....

.....

Facteurs contributifs : .....

.....

**Si décès, autopsie**

Non faite   

Faite       

Résultats : .....

.....

**Synthèse des facteurs de décès**

Facteur(s) explicatif(s) : .....

Facteurs contributifs : .....

**Actions d'amélioration**

.....

Le signe \* renvoie aux annexes



## 1. Pré-requis

- **engagement** et adhésion des acteurs aux principes de la RMM ;
- désignation d'un **responsable de l'organisation de la RMM** ;
- rédaction, adoption et diffusion d'une **procédure RMM** ;

## 2. Avant la réunion

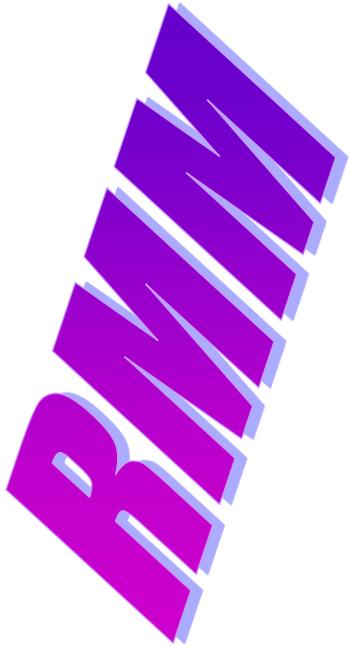
- **préparation** de la réunion (recueil et sélection des cas, recherche de références pertinentes, accord des professionnels) ;
- **répartition des tâches** au sein de l'équipe ;
- invitation des professionnels et ordre du jour.

## 3. Pendant la réunion

- désignation d'un secrétaire de séance ;
- puis pour chaque cas sélectionné :
- **présentation** chronologique et non interprétative des faits ;
- identification des **problèmes** de soins rencontrés ;
- recherche des **causes** et analyse de la **récupération** (approche systémique) ;
- proposition d'**actions** d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

## 4. Après la réunion

- rédaction d'un **compte rendu** anonyme pour chaque réunion ;
- assurer le **suivi** et l'évaluation des actions mises en œuvre ;
- prévoir la rédaction d'un **bilan annuel d'activité** (anonyme) ;
- assurer la **communication** et l'information de l'équipe (retour d'expérience).



RMM



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

# Revue de mortalité et de morbidité

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Juin 2009

# Un exemple

Patient âgé de 73 ans ayant une tumeur colique à 20 cm de la marge anale, bilan d'extension négatif. Perte récente de 15% de poids

Laparotomie à 9H30 (après une cure de hernie) colectomie gauche par laparoscopie, en fin d'intervention anastomose satisfaisante, segments intestinaux bien vascularisés, pas de test d'étanchéité (le chirurgien avait une conférence à faire à midi), pas d'incident peropératoire, pas de drainage.

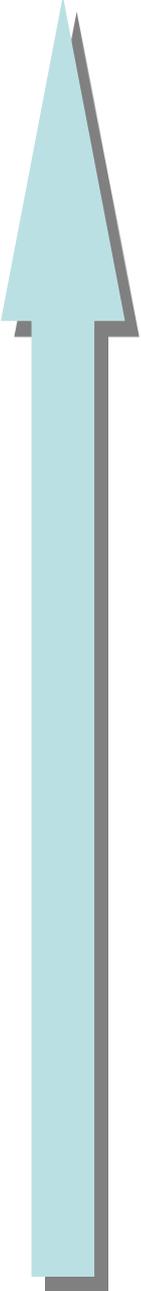
J4: Contre visite à 16H30: fièvre à 38, douleur abdominale, iléus secondaire, propos incohérents, GB 14 000, CRP 100

J4: Demande de TDM, mais radiologue occupé par des urgences dans un autre site jusqu'au soir, entre temps le patient a moins mal et a repris le transit (diarrhée).

J5: TDM : normale, surveillance

J7: après-midi: Détérioration de l'état du patient TDM (péritonite) : Réintervention, drainage et stomie.

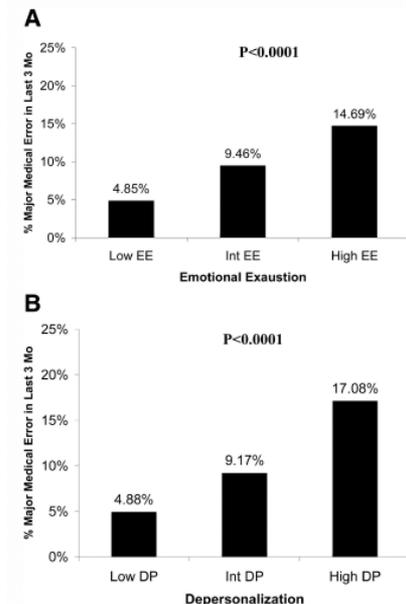
J8: dégradation, admission en réanimation, modification antibiothérapie ... et décès à J10

- 
- **facteurs liés au contexte institutionnel :**  
contexte réglementaire, politique et social, contraintes économiques et financières, restructuration, liens avec d'autres organisations ou établissements ;
  - **facteurs liés à l'organisation et au management :**  
organisation et gouvernance, contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), niveau de décision, rapports hiérarchiques, gestion des ressources humaines, information, gestion des risques, culture qualité et sécurité ;
  - **facteurs liés à l'environnement de travail :**  
matériel, sites et locaux, équipement, fournitures, maintenance, charges de travail, conditions de travail, ergonomie ;
  - **facteurs liés au fonctionnement de l'équipe :**  
communication orale et écrite, supervision, mode de transmission des informations, aide, leadership, composition, dynamique et interactions entre les personnes ;
  - **facteurs liés aux procédures opérationnelles :**  
conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer : existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles ;
  - **facteurs individuels (personnels) :**  
capacités techniques, relationnelles, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue, état physique et psychologique, adaptations ;
  - **facteurs liés au patient :**  
antécédents, traitements, statut (gravité, complexité, urgence), environnement social et familial, personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies...).

# Burnout and Medical Errors Among American Surgeons

Tait D. Shanafelt, MD,\* Charles M. Balch, MD,†‡ Gerald Bechamps, MD,†§ Tom Russell, MD,†  
Lotte Dyrbye, MD,\* Daniel Satele, BA,\* Paul Collicott, MD,† Paul J. Novotny, MS,\* Jeff Sloan, PhD,\*  
and Julie Freischlag, MD†‡

**Results:** Of 7905 participating surgeons, 700 (8.9%) reported concern they had made a major medical error in the last 3 months. Over 70% of surgeons attributed the error to individual rather than system level factors. Reporting an error during the last 3 months had a large, statistically significant adverse relationship with mental QOL, all 3 domains of burnout (emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment) and symptoms of depression.



# Facteurs liés au patient

.....Perte récente de 15% de poids

## Soins périopératoires en chirurgie digestive

Recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD)

J Chir 2005, 142, N°1

### Recommandations

Une immunonutrition entérale d'une semaine est recommandée en préopératoire chez tous les patients soumis à une chirurgie digestive majeure (grade A).

Elle sera poursuivie en postopératoire chez les patients dénutris en préopératoire, (i) pendant une semaine en l'absence de complications ou (ii) jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60% des besoins nutritionnels (grade A).

Pourquoi?

Pourquoi?

Pourquoi?



# Facteurs liés au chirurgien

... pas de test d'étanchéité (le chirurgien avait une conférence à faire à midi),

## High Incidence of Technical Errors Involving the EEA Circular Stapler: A Single Institution Experience

Anaeze C Offodile II, MD, Daniel L Feingold, MD, FACS, Abu Nasar, MSc, Richard L Whelan, MD, FACS, Tracey D Arnell, MD, FACS

J Am Coll Surg 2010;210:331-335.

(19%) featured a technical error.

Intraoperative air testing of colorectal anastomoses: a prospective, randomized trial.

*Br J Surg* 1990;77:1095-7.

Intraoperative air testing and repair of colorectal anastomoses significantly reduces the risk of postoperative clinical and radiological leaks.

Pourquoi?

Pourquoi?

Pourquoi?

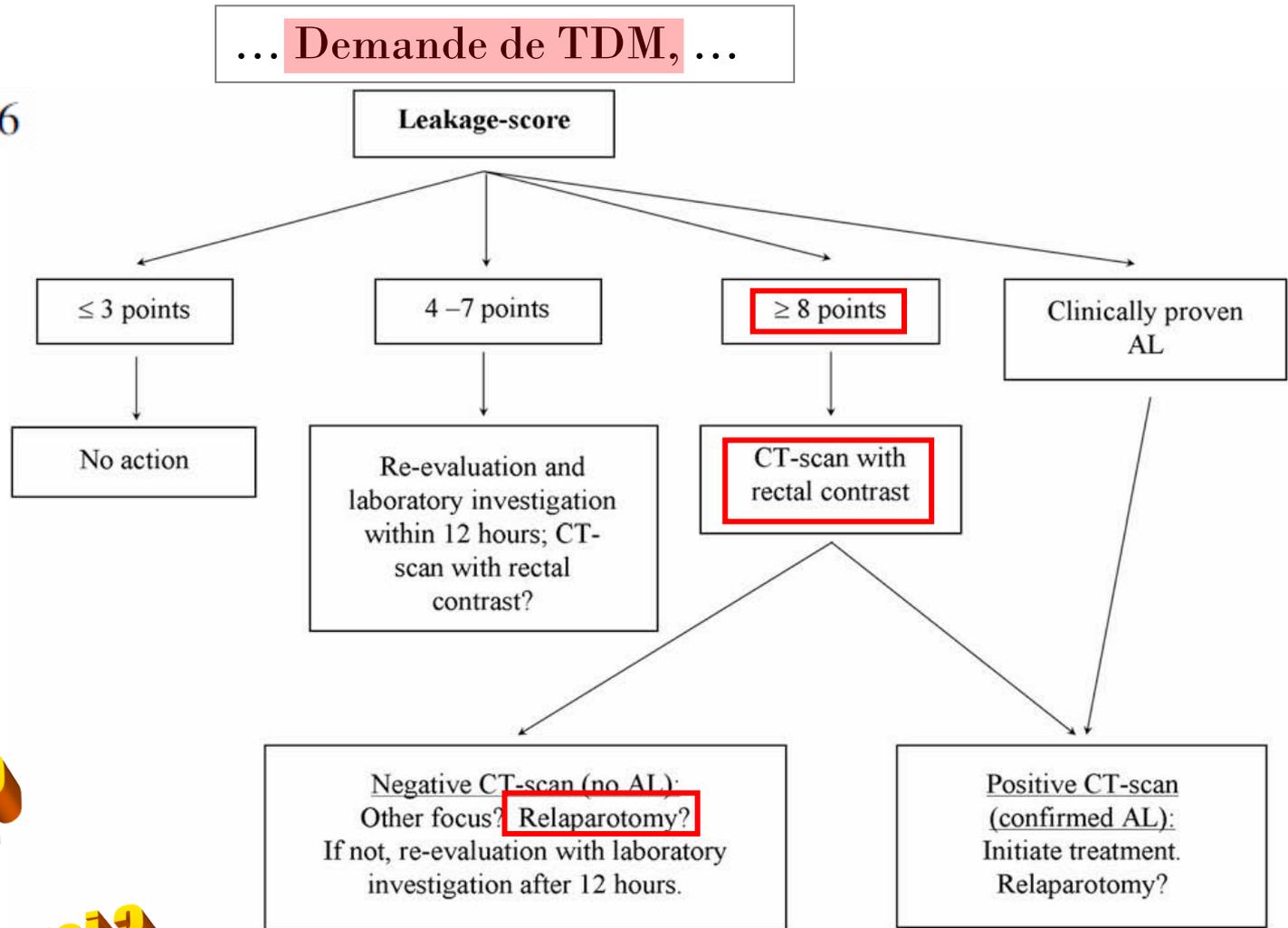
# Facteurs liés aux procédures opérationnelles

EJSO

the Journal of Cancer Surgery

35 (2009) 420–426

M. den Dulk



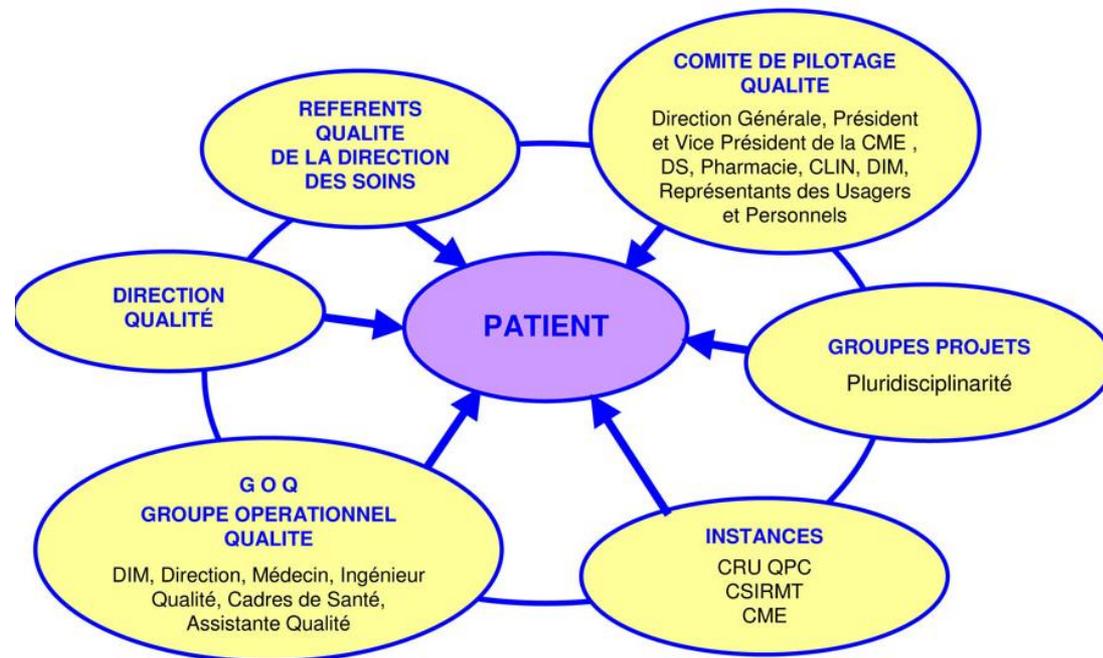
Pourquoi?

Pourquoi?

Pourquoi?

# Facteurs liés au fonctionnement d'équipe et à l'environnement de travail

... mais **radiologue occupé** par des urgences dans un autre site jusqu'au soir, ...



Pourquoi?

Pourquoi?

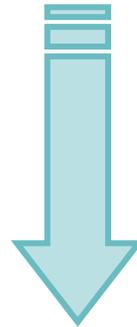
Pourquoi?

# Facteurs retenus explicatifs et contributifs ???

## Actions d'amélioration

*Problème technique ?*

*Retard à la réintervention*



- ✓ Protocole de nutrition préopératoire
- ✓ Test d'étanchéité systématique
- ✓ Protocole écrit de surveillance postopératoire
- ✓ Critères de demande de TDM ...
- ✓ Discussion avec l'administration sur le fonctionnements des soins transversaux

## Critères de qualité d'une RMM

	Critères	OUI	NON
	La RMM est installée et <b>pérenne</b> depuis au moins un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La RMM est définie par un document écrit et daté ( <b>procédure</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La RMM fait l'objet d'un <b>bilan annuel d'activité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La procédure RMM contient les informations suivantes :</b>			
	objectifs de la RMM et secteurs d'activité concernés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	responsable RMM et répartition des tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	périodicité des réunions et durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	catégories de professionnels invités à la réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de recueil et de sélection des cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités d'annonce et de déroulement de la réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de traçabilité (comptes rendus) et d'archivage de l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le bilan d'activité annuel de la RMM contient les informations suivantes :</b>			
	nombre de réunions dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nombre et type de cas analysés dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nombre et type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	liste des actions d'amélioration mises en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	modalités de suivi des actions d'amélioration (fiches de suivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>