



ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES  
REFERENTIEL RISQUES SPECIALITÉ

Collège de Neurochirurgie

Date de validation par la HAS = Mois aaaa

Période de validité : 2011-2012

Date de validation : 10 Mai 2011

## **COLLEGE DE NEUROCHIRURGIE**

Hôpital Dupuytren  
2, avenue Martin Luther King  
87042 Limoges Cedex

Tél. 05 55 05 65 21  
Fax 05 55 05 65 24

E-Mail : [jybousigue@aol.com](mailto:jybousigue@aol.com)

Site internet : [college.neurochirurgie.fr](http://college.neurochirurgie.fr)

Document élaboré et validé avec la Haute Autorité de Santé  
Diffusion limitée aux membres de l'organisme agréé

## SOMMAIRE

<b>1 BILAN ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>8</b>
1.1 GESTION DE L'ACCRÉDITATION DES MÉDECINS.....	8
1.2 GESTION DES RISQUES DE LA SPÉCIALITE.....	8
1.2.1 Bilan des situations à risques.....	8
1.2.2 Bilan des recommandations.....	9
1.2.3 Bilan des activités	10
1.2.4 Travaux de l'organisme agréé.....	10
1.3 IMPACT DU DISPOSITIF D'ACCRÉDITATION.....	10
<b>2 PLAN DE MANAGEMENT DES RISQUES DE LA SPÉCIALITÉ.....</b>	<b>12</b>
2.1 CHAMPS D'ACTIVITÉ.....	12
2.2 GESTION DES RISQUES DE LA SPECIALITE.....	12
2.2.1 Identification des situations à risques.....	12
2.2.2 Analyse des situations à risques (questionnaires d'analyse approfondie).....	12
2.2.3 Evaluation des situations à risques.....	13
2.2.3.1 Gravité.....	13
2.2.3.2 Fréquence.....	13
2.2.4 Hiérarchisation des situations à risques.....	14
2.2.4.1 Matrice des risques.....	14
2.2.5 Traitement des situations à risques.....	15
2.2.5.1 Recommandations générales de la spécialité.....	15
2.2.5.2 Activités d'accompagnement et de surveillance des risques.....	15
2.3 RESSOURCES ET ORGANISATION DE L'OA-ACCRÉDITATION.....	16
2.3.1 Ressources	16
2.3.2 Organisation	17
2.3.2.1 Analyse des déclarations d'EPR.....	17
2.3.2.2 Traitement des demandes d'engagement.....	17
2.3.2.3 Evaluation des bilans et transmission des avis.....	17
2.3.2.4 Organisation des visites sur place.....	18
<b>3 PRÉ-REQUIS DE LA SPÉCIALITÉ.....</b>	<b>19</b>
3.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DESTINÉE AUX MÉDECINS.....	19
3.2 QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION.....	20
<b>4 PROGRAMME DE LA SPÉCIALITÉ.....</b>	<b>21</b>
4.1 RÉSUMÉ DESTINE AUX MEDECINS.....	21
4.2 EPR CIBLÉS*.....	22
4.3 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES*.....	23
4.4 ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SURVEILLANCE DES RISQUES*.....	23
<b>5 ANNEXES.....</b>	<b>24</b>
5.1 DESCRIPTION DES SITUATIONS À RISQUES.....	24
5.1.1 Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale.....	24

5.1.2 Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de liquide cérébro-spinal (LCS) .....	27
5.1.3 Contamination péri -opératoire .....	30
5.1.4 Plaie durelle en chirurgie rachidienne .....	33
5.1.5 Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire – Interspécialité 2010 .....	35
<b>5.2 DESCRIPTION DES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>38</b>
5.2.1 Prévention de la contamination péri opératoire .....	38
5.2.2 Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines k en ville et en milieu hospitalier .....	40
5.2.3 Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie en vigueur (SFAR) – Inter-spécialités 2010 .....	42
5.2.4 Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » - Inter-spécialités 2010.....	44
<b>5.3 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SURVEILLANCE DES RISQUES.....</b>	<b>46</b>
5.3.1 Programme 2009 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé .....	46
5.3.2 Programme 2009 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins .....	47
5.3.3 Programme 2009 : Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie .....	48
5.3.4 Programme 2011 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins ( hors RMM) .....	49
5.3.5 Programme 2011: Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie .....	50
5.3.6 Programme 2011: Revue de mortalité et de morbidité (RMM) – Inter-spécialités 2010 .....	51
5.3.7 Programme 2011 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé .....	53
<b>5.4 DES QUESTIONNAIRES D'ANALYSE APPROFONDIE.....</b>	<b>54</b>

## 1 Bilan et perspectives

### 1.1 GESTION DE L'ACCRÉDITATION DES MÉDECINS

Indicateurs	à la date du	20/03/2011
Nb de médecin engagés :		109
Nb de médecin accrédités :		55
Nb de médecins engagés dont l'échéance du bilan d'accréditation est dépassée :		37
Nb de médecins accrédités dont l'échéance du bilan annuel est dépassée :		Aucun

- **Commentaires sur le déploiement de l'accréditation dans la spécialité** (écart avec le nombre prévu d'engagé, délai de traitement des bilans, etc.) :

Compte tenu du calendrier de l'installation de l'OA – démarrage en juin 2009 – le déploiement est conforme aux prévisions (entre 100 et 150 attendus).

La grande majorité des engagements a été réalisée dans les trois mois suivant l'installation de l'OA. Il y a encore des engagements, mais ponctuellement.

Des médecins ont aussi changé d'OA (antérieurement orthorisc en raison de la proximité des deux spécialités).

Des médecins se sont engagés alors même qu'ils n'avaient pas d'activité libérale. Il y a également des médecins qui arrêtent où ont arrêté leur activité.

Quelques médecins ont des difficultés à réaliser le bilan d'accréditation notamment en ce qui concerne la compréhension du concept d'EPR. Actuellement, six bilans sont « à traiter » pour des raisons de dossier incomplet.

### 1.2 GESTION DES RISQUES DE LA SPÉCIALITE

Indicateurs	à la date du	20/ 03/2011
Nb d'EPR déclarés :		136
Nb d'EPR enregistrés :		110
Nb de réunions d'experts (2010)		Une. (Sept 2010)

#### 1.2.1 Bilan des situations à risques

- **Commentaires sur la déclaration des EPR** (écart entre le nombre d'EPR déclarés et le nombre d'EPR enregistrés, etc.)

On observe une large prédominance des EPR ciblés sur les plaies durales, comme prévu.

Il y a très peu d'EPR non ciblés. Le concept n'est pas toujours bien compris et des EPR ont été rejetés en raison de leur caractère d'EIG.

▪ **Modalités d'analyse de la base REX**

Compte tenu du peu de recul et d'un nombre relativement faible de médecins engagés, la base REX n'a pas encore fait l'objet d'une étude.

▪ **Connaissances acquises sur les EPR ciblés**

Les données recueillies dans les déclarations sont conformes aux prévisions : problèmes techniques dans les brèches durales.

Peu de déclarations dans les autres situations mais mise en évidence de défaillances organisationnelles : Gestion des dossiers, variations dans les équipes.

▪ **Connaissances acquises sur les barrières qui ont fonctionné et celles qui n'ont pas fonctionné**

Les connaissances acquises renvoient, en fonction des SAR du programme, à des facteurs organisationnels et humains. On relève dans les déclarations d'EPR de manière récurrente :

- Des défaillances liées aux ressources humaines : modification des équipes en période vulnérable (W E, nuit) en cas d'urgence.
- Des défaillances dans la gestion de l'information : dossier absent ou incomplet (malade ayant changé de lieu de prise en charge).
- L'absence de sénior au moment de l'installation.
- La routine dans un geste simple.
- En cas de brècheurale, la suture immédiate de la dure mère est le meilleur moyen de prévenir la fistule, au moins chaque fois que possible.
- Intérêt de la check list en cas de défaillance dans le dossier.

▪ **Nouvelles situations à risques identifiées**

Pas de nouvelle situation à risque identifiée dans les déclarations enregistrées.

## 1.2.2 Bilan des recommandations

▪ **Commentaires sur la mise en œuvre des recommandations existantes et propositions d'évolutions**

Il y a encore des défaillances dans la gestion du risque infectieux préopératoire, mais la caractérisation des barrières défaillantes est difficile à mettre en évidence.

Quelques déclarations d'EPR sont en fait des EIG. D'autres travaux devront être mis en œuvre mais dans un cadre plus large dépassant la durée du séjour.

▪ **Recommandations de réduction des risques élaborées et sujets pressentis pour la période à venir**

Sujet pressenti à l'horizon 2013 : recommandation sur le dysfonctionnement des dérivations internes de Liquide Cérébro-Spinal (LCS) .

▪ **Messages de mise en garde destinés aux médecins**

Aucun à ce jour.

### 1.2.3 Bilan des activités

- **Commentaires sur la participation aux activités d'accompagnement et de surveillance des risques**

La quasi totalité des médecins engagés participaient antérieurement à des activités de gestion des risques.

L'intégration de sessions concernant l'accréditation dans les congrès et réunions ne pose pas problèmes et bénéficie d'une bonne audience, au-delà des seuls engagés.

La participation aux instances de gestion des risques en établissement est plus faible.

### 1.2.4 Travaux de l'organisme agréé

- **Etudes de risques réalisées et sujets pressentis pour la période à venir**

Aucune à ce jour.

- **Synthèses sur les informations recueillies diffusées vers les établissements de santé**

Aucune à ce jour

- **Publications et communications diverses**

Intégration de la gestion des risques dans les congrès et réunions de la spécialité et de ses composantes : JNE 2009, Lyon 2010, JNE 2010, AFNCL 2010.

- **Propositions de thèmes communs à plusieurs spécialités**

Facteurs organisationnels et humains.

- **Collaborations avec d'autres organismes (AFSSAPS, etc.)**

Aucune à ce jour.

## 1.3 IMPACT DU DISPOSITIF D'ACCREDITATION

- **Sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques :**

Non évaluable à ce jour

- **En tant que système de management des risques piloté par la spécialité :**

Bonne appropriation de la check list au bloc opératoire (enquête HAS).

- **En tant que démarche de formation personnelle à la gestion des risques dans son activité quotidienne (apprendre à analyser des sujets habituellement tabous, tirer des leçons des problèmes vécus, développer la communication et l'organisation en équipe) :**

Demande d'extension au-delà des seuls médecins engagés. Présentation de l'accréditation au CHU de Limoges (mars2011).

Dans l'attente de l'installation du DPC, il est prévu de répondre à toute demande de la spécialité. Le lancement d'une Revue de mortalité morbidité pour tous les services de neurochirurgie va dans ce sens.



## 2 Plan de management des risques de la spécialité

### 2.1 CHAMPS D'ACTIVITÉ

Intitulé	Description
Rachidien et radiculaire	Activités de neurochirurgie axiale ou périphérique ne relevant pas du décret 2007-365, mais soumises à l'autorisation de chirurgie.
Crânio-encéphalique et médullaire	Activités de neurochirurgie relevant du décret 2007-365.
Oncologique	Toutes les prises en charge neurochirurgicales de pathologies tumorales du système nerveux central et des annexes.
Vasculaire	Activités de neurochirurgie vasculaire au sein d'une équipe neurovasculaire composée d'un neurochirurgien, d'un neuroradiologue, d'un neuroréanimateur, d'un neurologue vasculaire.
Fonctionnel	Activités de neurochirurgie fonctionnelle relevant du décret 2007-365.
Système nerveux périphérique	Libération, exérèse de lésions, résection, et réparation concernant les nerfs périphériques et de leurs plexus.
Pédiatrique	Activités neurochirurgicales pédiatriques relevant du décret 2007-365.
Urgences neurochirurgicales	Activités neurochirurgicales d'urgence, notamment de traumatologie, partagées avec les unités de réanimation.
Radio chirurgie stéréotaxique	Toutes les pathologies, tumorales ou non, concernées par ce type de traitement.

### 2.2 GESTION DES RISQUES DE LA SPECIALITE

#### 2.2.1 Identification des situations à risques

Intitulés des situations à risque connues de la spécialité	C-M-A-I *
Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale	I
Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de Liquide Cérébro-Spinal (LCS)	M
Contamination péri-opératoire	I
Plaie durale en chirurgie rachidienne	I
Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (SAR du programme inter-spécialités)	C

\* Création, Modification, Abrogation, Inchangé

#### 2.2.2 Analyse des situations à risques (questionnaires d'analyse approfondie)

Intitulés	C-M-A-I *
Aucun à ce jour	NA

\* Création, Modification, Abrogation, Inchangé

## 2.2.3 Evaluation des situations à risques

### 2.2.3.1 Gravité

Echelle qualitative	Signification
5- Catastrophique	Conséquences très graves avec invalidité permanente, séquelles graves, décès
4 - Grave à critique	Conséquences graves avec préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente
3 - Majeur	Conséquences avec préjudice permanent sans retentissement sur la vie quotidienne
2 - Significatif	Conséquences avec préjudice temporaire
1 - Mineur	Conséquences mineures sans préjudice

### 2.2.3.2 Fréquence

Echelle qualitative	Signification
5 - Très probable à certain	> à 1 patient sur 100 patients ou actes
4 - Probable	de 1 sur 100 à 1 sur 1.000 patients ou actes
3 - Peu-probable	de 1 sur 1.000 à 1 sur 10.000 patients ou actes
2 - Très peu probable	de 1 sur 10.000 à 1 sur 100.000 patients ou actes
1 - Très improbable	< à 1 sur 100.000 patients ou actes

## 2.2.4 Hiérarchisation des situations à risques

### 2.2.4.1 Matrice des risques

Fréquence des causes	5-Très probable à certain					
	4-Probable		Plaie durale en chirurgie rachidienne	Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale	Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de Liquide Cérébro-Spinal (LCS) Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou anti agrégant plaquettaire	
	3-Peu probable			Contamination péri opératoire		
	2-Très peu probable					
	1-Très improbable					
		1-Mineur	2-Significatif	3-Majeur	4-Grave à critique	5-Catastrophique

**Gravité des conséquences**

#### Zones d'acceptabilité

Risque non critique	<i>Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible</i>
Risque à surveiller	<i>Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller (EPR ciblés, études de risques, activités d'accompagnement)</i>
Risque à traiter en priorité	<i>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)</i>

Situations à risques à surveiller ou à traiter en priorité	Actions à mettre en œuvre
Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale	EPR ciblé du programme de la spécialité
Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de liquide cérébro-Spinal (LCS)	EPR ciblé du programme de la spécialité

Contamination péri-opératoire	EPR ciblé du programme de la spécialité Recommandations « Prévention de la contamination péri opératoire » et « Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur »
Plaie durale en chirurgie rachidienne	EPR ciblé du programme de la spécialité
Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (SAR du programme inter-spécialités)	EPR ciblé du programme inter-spécialités Recommandation « Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier »

## 2.2.5 Traitement des situations à risques

### 2.2.5.1 Recommandations générales de la spécialité

Intitulés	C-M-A-I *
Prévention de la contamination péri -opératoire.	I
Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur <i>(Recommandation inter-spécialités)</i>	C
Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » <i>(Recommandation inter-spécialités)</i>	C
Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier	C

\* Création, Modification, Abrogation, Inchangé

### 2.2.5.2 Activités d'accompagnement et de surveillance des risques

Intitulés	C-M-A-I *
Programme 2009 : Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie	M
Programme 2009 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins	M
Programme 2009 : Appartenir à une instance, à un comité, etc. en relation avec la gestion des risques dans l'établissement de santé	M
Programme 2011 : Participer à des sessions de formation à la gestion des risques	C
Programme 2011 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins	C
Programme 2011 : Appartenir à une instance, à un comité, etc. en relation avec la gestion des risques dans l'établissement de santé	C
Programme 2011 : Revue de morbi-mortalité (RMM) <i>(activité du programme inter-spécialités)</i>	C

\* Création, Modification, Abrogation, Inchangé

## 2.3 RESSOURCES ET ORGANISATION DE L'OA-ACCREDITATION

### 2.3.1 Ressources

- Nombre d'experts 14
- Liste des experts

Titre	Prénom, Nom	Modes d'exercice	Lieux d'exercice
Professeur	Benoît Bataille	Hospitalier	Poitiers
Docteur	Jean-Yves Bousigue	Libéral	Cornebarrieu
Professeur	Gilbert Dechambenoît	Libéral	Berck
Professeur	Jean Destandau	Libéral	Bordeaux
Docteur	Thierry Faillot	Hospitalier	Paris
Docteur	Bruno Franck	Libéral	Annecy
Docteur	Didier Groskopf	Libéral	Paris
Docteur	Jean Pierre Hladky	Libéral	Nimes
Docteur	Bernard Irthum	Hospitalier	Clermont Ferrand
Docteur	Jean Jacques Moreau	Mixte Hospitalier/Libéral	Limoges
Docteur	Fabrice Parker	Mixte Hospitalier/Libéral	Paris
Docteur	Philippe Pencalet	Libéral	Paris
Professeur	François Proust	Mixte Hospitalier/Libéral	Rouen
Docteur	Laurent Vinikoff	Libéral	Tours

## 2.3.2 Organisation

### 2.3.2.1 Analyse des déclarations d'EPR

#### ▪ Délai de traitement

De l'ordre d'un mois, mais expert dépendant, avec relances le cas échéant par le gestionnaire. Il y a aussi des difficultés avec des engagés qui ne répondent pas aux sollicitations de l'expert ce qui retarde voire bloque l'évaluation du bilan.

#### ▪ Règles de gestion des déclarations

Le gestionnaire supervise l'activité des experts et leur transmet un tableau de distribution des dossiers en fonction d'un ordre pré-établi – croisement de l'ordre d'engagement et de la liste alphabétique des experts.

En cas de difficulté, un échange est réalisé entre l'expert et le gestionnaire. Des discussions sont prévues si besoin pour homogénéiser les pratiques.

#### ▪ Modalités de mise en œuvre de l'analyse approfondie

Il n'a pas encore été procédé à une analyse approfondie, la grande majorité des EPR renvoie à des situations simples ou bien la recherche de causes s'est limitée à un complément.

### 2.3.2.2 Traitement des demandes d'engagement

#### ▪ Prévisions d'engagement

En fonction de la démographie – entrée et sorties – le nombre d'engagés sera vraisemblablement assez stable, sauf dans le cas où le CPD conduirait à prendre en charge un plus grand nombre de médecins, hors accréditation (hospitaliers sans activité libérale).

#### ▪ Délai de traitement

Un à deux mois, mais avec les mêmes écarts que pour la gestion des EPR, les deux étant en général liés.

#### ▪ Modalités de traitement

L'expert a en charge la totalité du dossier du médecin : EPR et Bilan personnel.

### 2.3.2.3 Evaluation des bilans et transmission des avis

#### ▪ Délai de traitement

La majorité des traitements des bilans est réalisée dans un délai d'un à deux mois. Toutefois, il est arrivé que les délais soient prolongés en raison :

- d'une demande de compléments,
- de difficultés du médecin engagé à comprendre le dispositif,
- de la disponibilité de l'expert (exceptionnel).

#### ▪ Modalités de traitement des bilans d'accréditation (fin de la première année puis fin de cycles de 4 ans)

Pour le moment, l'OA n'a eu à traiter que des bilans d'accréditation, les premiers bilans annuels viendront à échéance à partir de juin 2011.

L'activité des experts est supervisée par le gestionnaire qui est parfois amené à « faire le dernier clic » après l'expertise.

En cas de problème, un contact est établi entre l'expert et le gestionnaire. Jusqu'à présent, cette procédure a été très rare. Il est envisagé si besoin des réunions collégiales en cas de difficulté plus importante.

- **Modalités de traitement des bilans annuels** (bilans intermédiaires d'un cycle de 4 ans)

Pas encore de bilan annuel à traiter.

#### **2.3.2.4 Organisation des visites sur place**

Pas de visite sur place à ce jour.

Pas de procédure prévue à l'avance.

## 3 Pré-requis de la spécialité

### 3.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DESTINÉE AUX MÉDECINS

L'accréditation est avant tout un dispositif de gestion des risques. Sa finalité est d'accroître la qualité et la sécurité des soins.

C'est pourquoi le point de départ renvoie à une vérification des qualifications nécessaires à l'exercice de notre discipline.

Au-delà du bénéfice immédiat de l'engagement – obtention d'une aide à la RCP – la démarche devra profiter à tous, professionnels et patients pris en charge dans les unités de soins et les blocs opératoires de nos établissements.

Dans cette perspective, notre OA, a prévu de valoriser comme activités d'accompagnement des actions d'évaluation des pratiques référencées et des participations à des instances transversales des établissements orientées vers la gestion des risques.

Nous espérons ainsi donner un sens renforcé et une consistance supplémentaire à cet engagement.

Nous vous demandons donc de renseigner le questionnaire ci-dessous et de vous rapporter autant que de besoin aux fiches en annexe qui concernent plus précisément la réalisation du programme.

Pour s'engager dans l'accréditation, vous devez satisfaire aux exigences suivantes :

#### 1. Justifier des qualifications nécessaires à l'exercice de la spécialité

- fournir une copie scannée du diplôme de docteur en médecine signée certifiée sur l'honneur conforme à l'original ;
- fournir une copie scannée de l'attestation du Conseil de l'Ordre du département d'exercice, précisant la spécialité.

Ces documents sont transmis par voie électronique au collège de neurochirurgie.

#### 2. Répondre de manière sincère et complète aux questions relatives à leur activité

Les réponses à ces questions sont informatives, elles ne conditionnent pas l'engagement dans l'accréditation. Les réponses recueillies permettront d'avoir une meilleure connaissance de la population des médecins qui s'engagent. Ces informations ne sont connues que des experts chargés d'évaluer les demandes d'engagement. Les experts se sont engagés à respecter l'anonymat et la confidentialité les plus stricts.

No	Définition de l'exigence (destinée aux médecins)	N° des questions associées
1	Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins.	1
2	Qualification en neurochirurgie.	2, 3, 4
3	Répondre de manière sincère et complète aux questions relatives à leurs activités	5, 6, 7.



### 3.2 QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION

Titre du questionnaire			
N°	Libellé de la question	Réponses et score	
1	Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre des médecins.		
2	Exercez-vous la neurochirurgie ?	Oui Non	<b>100</b> <b>0</b>
3	Si vous avez répondu « Non », quelle est votre spécialité ?		
4	Quel(s) diplôme(s) possédez-vous pour exercer la neurochirurgie ?		
5	Participez-vous / avez-vous participé récemment à des formations en relation avec la gestion des risques ?	Oui Non	
6	Participez-vous à des programmes ou actions d'évaluation des pratiques ?	Oui Non	
7	Participez-vous à des structures dédiées à la gestion des risques ou aux vigilances reprendre libellé id?	Oui Non	

## 4 Programme de la spécialité

### 4.1 RÉSUMÉ DESTINÉ AUX MÉDECINS

« Avant de commencer » Nous attirons particulièrement votre attention sur le fait que, pour que l'OA-Accréditation puisse émettre un avis favorable à votre demande d'accréditation, vous devez satisfaire aux quatre exigences définies dans le présent programme :

1. Déclarer par année au moins 2 EPR dont 1 EPR ciblé, ce dernier pris dans les cinq situations à risques retenues par l'OA.
2. Mettre en œuvre les recommandations générales du programme ainsi que les éventuelles recommandations individuelles résultant de l'analyse des déclarations d'EPR ;
3. Participer aux activités d'accompagnement du programme ;
4. Déclencher et envoyer un bilan annuel dans les 2 mois qui précèdent la date anniversaire de votre engagement.

#### - L'Accréditation des médecins.

L'Accréditation des médecins est en France une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques par le biais d'une gestion des risques médicaux rencontrés au cours des pratiques de médecins exerçant en établissements de santé des spécialités interventionnelles telle la neurochirurgie. Le dispositif repose sur l'engagement volontaire des praticiens concernés qui s'engagent alors à respecter un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques (déclaration d'EPR, mise en œuvre de recommandations, participation à des activités) mis en place par leurs pairs réunis au sein d'un organisme unique pour leur spécialité et agréé auprès de la HAS pour l'accréditation.

#### - Un événement porteur de risques, c'est quoi ?

C'est à la fois une histoire et un événement porteur de risques médicaux (EPR) qui n'a pas entraîné de conséquences graves sur le malade, sur lequel le médecin a ou aurait pu agir, qui aurait pu entraîner un événement indésirable grave (EIG). L'EPR renvoie à tout ce qui a été mis en place pour éviter la survenue de l'EIG. Il s'inscrit donc dans une démarche explicitement préventive. Lors de la déclaration d'un EPR, ce ne sont pas les responsabilités qui sont recherchées mais plutôt ses causes, les enchaînements et, surtout, pour en tirer des enseignements pour l'ensemble de la spécialité, permettant d'éviter ainsi des conséquences graves.

Il y a donc dans un EPR une démarche active : je détecte (détection) que quelque chose ne va pas, je comprends (identification), j'agis (récupération).

#### - Définition d'une situation à risque.

D'une manière tout à fait triviale, une situation à risque est celle qui fait craindre une complication, que cette crainte relève... d'un vécu, d'un ouï dire, ou d'une impression.

"Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine". (HAS).

Par essence une situation à risques est une situation dangereuse. C'est pourquoi le terme de "risque" est entendu comme "danger" pour le malade.

#### Genèse de l'OA "COLLEGE DE NEUROCHIRURGIE".

La réglementation de l'Accréditation de la pratique et la volonté de mettre en place des collèges professionnels ont conduit à une transformation du collège des enseignants en neurochirurgie en un collège professionnel ayant vocation, sans détriment quant à ses activités d'enseignement, à prendre en charge ces nouveaux dispositifs qui concernent la pratique de la spécialité.

Le but est de donner une cohérence à un ensemble, de constitution récente et progressive, composé de tous les dispositifs de FMC-EPP et d'Accréditation. Ainsi se trouvent regroupées la formation, l'évaluation et la gestion des risques permettant de dépasser le cadre strictement réglementaire au bénéfice de l'ensemble de la profession.

C'est pourquoi le Collège est "l'hébergeur" de l'Organisme Accréditation (OA) en Neurochirurgie.

En outre, ce choix évite la création d'une nouvelle structure qui ferait perdre une partie de sa lisibilité à notre discipline, par ailleurs très homogène.

### **Structure de l'OA Accréditation de la pratique.**

Le Collège de Neurochirurgie est donc l'organisme agréé pour l'accréditation pour la spécialité de neurochirurgie. Grâce à sa constitution et à ses experts (praticiens expérimentés en neurochirurgie et formés à la gestion des risques par la HAS), il aura la double mission de gérer les dossiers individuels des médecins (demandes d'engagement, déclarations d'EPR, et bilans annuels) et de mettre en place, de suivre et corriger le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques en neurochirurgie.

Mise en place de l'OA et fonctionnement.

La première tâche de l'OA est de recenser l'ensemble des situations à risque de la discipline de manière à construire le référentiel risques de la spécialité. En ce qui concerne la neurochirurgie, le choix a été fait de partir des situations types déjà retenues pour la rédaction du référentiel compétences. Ainsi le référentiel compétences vient s'enrichir d'un volet gestion des risques.

Sans prétendre à l'exhaustivité, une liste qui a semblé significative a été retenue. Elle reste bien entendu ouverte et soumise à révision en fonction des évolutions de la pratique.

C'est à partir de cette liste que les deux éléments clés du dispositif ont été retenus:

- Les événements porteurs de risques;
- Les recommandations professionnelles de qualité et sécurité de soins.

### **Le traitement des déclarations d'EPR par les médecins engagés dans l'accréditation constitue la base opérationnelle de l'OA.**

- Les **EPR ciblés** seront analysés par des experts désignés par l'OA en respectant la déontologie des dispositions prévues, dans un délai maximum de un mois.
- Les **EPR non ciblés** feront l'objet d'un traitement identique en faisant appel, le cas échéant à des experts compétents.

### **Les recommandations seront établies par un groupe d'experts sous l'égide scientifique de la Société Française de Neurochirurgie. Une fois publiée, la recommandation sera applicable par l'ensemble des neurochirurgiens engagés.**

Chaque année, une session au moins du Conseil d'administration du Collège sera consacrée à l'accréditation de la pratique, lors des JNE. A cette occasion, l'OA-Accréditation présentera :

- Le rapport annuel d'activité.
- Le bilan des EPR ciblés et non ciblés ainsi que leurs résultats.
- L'état d'avancement des recommandations professionnelles.
- Le programme pour l'année suivante.

## **4.2 EPR CIBLÉS\***

Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale

Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de Liquide cérébro-Spinal (LCS)

Contamination péri-opératoire

Plaie durale en chirurgie rachidienne

Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (SAR du programme inter-spécialités).

#### 4.3 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES\*

Prévention de la contamination péri opératoire

Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier

Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (recommandation du programme inter-spécialités)

Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur (recommandation du programme inter-spécialités)

#### 4.4 ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SURVEILLANCE DES RISQUES\*

Programme 2011 : Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie

Programme 2011 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins

Programme 2011 : Appartenir à une instance, à un comité, etc. en relation avec la gestion des risques dans l'établissement de santé

Programme 2011 : Revue de morbi-mortalité (RMM) (activité du programme inter-spécialités)

\* Donner l'intitulé des situations à risques, recommandations et activités retenues (les fiches descriptives sont jointes en annexe).

## 5 Annexes

### 5.1 DESCRIPTION DES SITUATIONS À RISQUES

#### 5.1.1 Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b> <b>SITUATION A RISQUE</b>
<b>Compression abdominale en chirurgie nécessitant une position ventrale</b>
<b>Neurochirurgie</b>

Champ d'application	
Caractéristiques des patients	Tous patients, notamment obèses, insuffisants cardiaques, insuffisants respiratoires, dysmorphiques
Type de prise en charge	Hospitalisation.
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Pathologie rachidienne dégénérative, traumatique ou tumorale
Intervention(s) concernée(s)	Toute intervention nécessitant une position ventrale

Description de la situation à risque	
Liste des causes immédiates de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation inadaptée ou difficile</li> <li>• Préparation du malade inadaptée</li> <li>• Globe vésical</li> <li>• Matériel spécifique indisponible</li> <li>• Non à jeun</li> <li>• Compensation sanguine non prévue</li> <li>• Anesthésie inadaptée</li> </ul>
Liste des barrières de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation avec l'anesthésiste sur le type d'anesthésie</li> <li>• Check list</li> <li>• Matériel spécifique pour l'installation : disponibilité et vérification</li> <li>• Préparation du malade : sonde gastrique et sonde vésicale</li> <li>• Installation de l'opéré avec l'opérateur : position des dispositifs et liberté abdominale</li> <li>• Vérification des pressions respiratoires</li> <li>• Commande de sang</li> <li>• Incliner la table de manière à surélever les fesses par</li> </ul>

	rapport aux épaules
<b>Liste des conséquences de la situation à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hémorragie per-opératoire</li> <li>• Choc hémorragique</li> <li>• Difficultés techniques</li> <li>• Syndrome respiratoire restrictif</li> <li>• Embolie gazeuse</li> <li>• Plaie radiculo médullaire</li> <li>• Lésions cutanées</li> <li>• Décès</li> </ul>
<b>Enseignements tirés de la situation à risque</b>	Installation du patient Pondérer les indications opératoires Information du patient Geste adapté chez ce type de patient

<b>Evaluation du risque</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Gravité</b>	<b>Criticité (F+G)</b>
<b>Risque initial</b>	4	3	7
<b>Risque résiduel</b>	NA	NA	NA

### Résumé

Compression abdominale lors d'une installation en décubitus ventral responsable d'un saignement per opératoire.

### Recommandations liées

Aucune recommandation en lien avec la situation à risque

### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	Sans objet.
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet.

### Périmètre d'applicabilité

<b>Situation à risque inter-spécialités</b>	Non à ce stade en l'absence de validation par la commission risques inter-spécialités
<b>Champs d'activités concernés</b>	Neurochirurgie radiculo-médullaire

### Origine

Accréditation des médecins et des équipes médicales  
Référentiel risques spécialité : NEUROCHIRURGIE

<b>Etude de risque à l'origine</b>	Non
<b>Si oui, précisez</b>	Sans objet.

<b>Message éventuel de mise en garde</b>	
<b>Titre du message</b>	Sans objet.
<b>Corps du message</b>	Sans objet.

### 5.1.2 Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de liquide cérébro-spinal (LCS)

ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES

SITUATION A RISQUE

Défaut de prise en charge d'un dysfonctionnement de dérivation interne de liquide cérébro-spinal (LCS)

Neurochirurgie

Champ d'application	
Caractéristiques des patients	Tout patient porteur d'une dérivation interne pour hydrocéphalie, en particulier enfant ou adulte jeune. Déficits fonctionnels neurologiques, encéphalopathie associée, pathologie malformative associée. pathologie malformative sous-jacente.
Type de prise en charge	Hospitalisation
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Hydrocéphalie communicante ou non communicante
Intervention(s) concernée(s)	Révision d'une dérivation interne non fonctionnelle

Description de la situation à risque	
Liste des causes immédiates de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgence</li> <li>• Malade inconnu ou perdu de vue</li> <li>• Absence de document radiologique de référence</li> <li>• Réglage inadapté ou inconnu</li> <li>• Retard diagnostic</li> <li>• Matériel non disponible</li> <li>• Implantation ancienne</li> <li>• Implantation inadéquate</li> <li>• Lésions viscérales provoquées par l'introducteur</li> <li>• Multiples réinterventions abdominales ou cervicales ou crâniennes</li> </ul>
Liste des barrières de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisation des dispositifs implantables</li> <li>• Bilan radiologique complet de l'ensemble du montage avant révision</li> <li>• Révision systématique de l'ensemble du système</li> <li>• Surveillance post-opératoire rigoureuse</li> <li>• Bilan radiologique postopératoire systématique</li> <li>• Carte d'information ou livret porté par le patient en</li> </ul>



	<p>permanence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information du patient sur les signes de dysfonctionnement</li> <li>• Formalisation de la transition enfant/adulte</li> <li>• Formation des médecins du service d'accueil des urgences</li> </ul>
<b>Liste des conséquences de la situation à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majoration des troubles neurologiques ou cognitifs</li> <li>• Coma</li> <li>• Décès</li> <li>• Hémorragie intra ventriculaire</li> <li>• Hémorragie intra parenchymateuse</li> <li>• Infection postopératoire</li> <li>• Dysfonctionnement persistant</li> </ul>
<b>Enseignements tirés de la situation à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séniorisation de la décision thérapeutique</li> <li>• Information du patient et de l'entourage. Carte d'information</li> <li>• Donner au patient un n° de téléphone d'accès au service de Neurochirurgie</li> <li>• Suivi clinique annuel des patients</li> <li>• Dépister la dysconnection du matériel et la traiter rapidement</li> <li>• Formation aux alternatives thérapeutiques</li> <li>• Organisation/formalisation de la transition enfant/adulte</li> </ul>

<b>Evaluation du risque</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Gravité</b>	<b>Criticité (F+G)</b>
<b>Risque initial</b>	4	4	8
<b>Risque résiduel</b>	NA	NA	NA

### Résumé

Patient porteur d'un système de dérivation interne depuis plusieurs années victime d'un dysfonctionnement

### Recommandations liées

Aucune recommandation en lien avec la situation à risque

### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	Sans objet
<b>Pour les médecins</b>	

### Périmètre d'applicabilité

<b>Situation à risque inter-spécialités</b>	Non à ce stade en l'absence de validation par la commission risques inter-spécialités
<b>Champs d'activités concernés</b>	Activité neurochirurgie pédiatrique, neurochirurgie d'urgence, et neurochirurgie cranio-encéphalique

### Origine

<b>Etude de risque à l'origine</b>	Non
<b>Si oui, précisez</b>	Sans objet.

### Message éventuel de mise en garde

<b>Titre du message</b>	Sans objet.
<b>Corps du message</b>	Sans objet.

### Références bibliographiques

Problème sur dysfonctionnement d'une dérivation interne ancienne :

Khan, A. A., A. Jabbar, et al. (2007). "Cerebrospinal shunt malfunction: recognition and emergency management." Br J Hosp Med (Lond) 68(12): 651-5.

Kim, T. Y., G. Stewart, et al. (2006). "Signs and symptoms of cerebrospinal fluid shunt malfunction in the pediatric emergency department." Pediatr Emerg Care 22(1): 28-34.

### 5.1.3 Contamination péri -opératoire

ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES  
SITUATION A RISQUE

Contamination péri -opératoire

Neurochirurgie

Champ d'application	
Caractéristiques des patients	Tous malades opérés.
Type de prise en charge	Hospitalisation, Ambulatoire.
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Tous diagnostics
Intervention(s) concernée(s)	Toutes interventions

Description de la situation à risque	
Liste des causes immédiates de la situation à risque	<p>Pré-op-Hygiène et préparation de l'opéré défaillantes</p> <p>Pré-op-Antibioprophylaxie ou antibiothérapie défectueuses</p> <p>Pré-op-Modifications du programme opératoire</p> <p>Pré-op-Stérilisation défectueuse</p> <p>Pré-op-Urgence</p> <p>Pré-op-Réintervention</p> <p>Pré-op-Immunodépression</p> <p>Pré-op-Foyer infectieux méconnu</p> <p>Per-op-Non respect des protocoles de désinfection du site opératoire</p> <p>Per-op-Non respect des règles de désinfection des mains</p> <p>Per-op-Matériel non stérile</p> <p>Per-op-Mouvements en salle</p> <p>Per-op-Traumatismes tissulaires per-opératoires</p> <p>Per-op-Hématome dans le foyer ou sous-cutané</p> <p>Per-op-Fermeture cutanée de mauvaise qualité</p> <p>Post op-Protocoles pansements mal respectés</p> <p>Post op-Drains ou redons laissés trop longtemps en place</p>
Liste des barrières de la situation à risque	<p>Traçabilité de la réalisation des soins d'hygiène</p> <p>Check list</p> <p>Respect de tous les protocoles validés par le CLIN</p>

	<p>Gestion des mouvements du personnel</p> <p>Approvisionnement de la salle si pose de matériel</p> <p>Bionettoyage de la salle</p> <p>Respect des bonnes pratiques chirurgicales</p> <p>Protocolisation des pansements</p> <p>Revoir rapidement le patient si facteurs de risque</p>
<b>Liste des conséquences de la situation à risque</b>	<p>Infection de la plaie opératoire superficielle ou de paroi</p> <p>Infection profonde</p> <p>Prolongation du séjour hospitalier ou réhospitalisation</p> <p>Séquelles fonctionnelles neurologiques</p> <p>Décès</p> <p>Changement matériel et réintervention</p> <p>Développement des résistances bactériennes</p> <p>Complications viscérales des antibiotiques et allergies</p>
<b>Enseignements tirés de la situation à risque</b>	<p>Respect des soins d'hygiène et de tous les protocoles validés.</p> <p>Respect du programme opératoire.</p>

<b>Evaluation du risque</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Gravité</b>	<b>Criticité (F+G)</b>
<b>Risque initial</b>	3	3	6
<b>Risque résiduel</b>	2	3	5

### Résumé

L'infection du site opératoire est un risque transversal en pratique chirurgicale. La contamination péri opératoire revêt une gravité particulière en neurochirurgie dans la mesure où elle peut atteindre des organes vitaux comme le système nerveux central ou fonctionnellement très importants comme le rachis. En outre, les infections rachidiennes profondes sont fréquemment à l'origine de réclamations et/ou de recours juridiques.

### Recommandations liées

Prévention de la contamination pré-opératoire

[Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie \(SFAR\) en vigueur](#)

### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	Sans objet.
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet.

### Périmètre d'applicabilité

<b>Situation à risque inter-spécialités</b>	Non.
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

<b>Origine</b>	
<b>Etude de risque à l'origine</b>	Non
<b>Si oui, précisez</b>	Sans objet.

<b>Message éventuel de mise en garde</b>	
<b>Titre du message</b>	Sans objet.
<b>Corps du message</b>	Sans objet.

#### 5.1.4 Plaie dure en chirurgie rachidienne

ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES  
SITUATION A RISQUE

Plaie dure en chirurgie rachidienne

Neurochirurgie

Champ d'application	
Caractéristiques des patients	Patients âgés, obésité, pathologie inflammatoire rachidienne
Type de prise en charge	Hospitalisation
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Pathologie dégénérative rachidienne lombaire ou plus rarement cervicale.
Intervention(s) concernée(s)	Laminectomie

Description de la situation à risque	
Liste des causes immédiates de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réintervention</li> <li>Laminectomie</li> <li>Conditions anatomiques difficiles</li> <li>Défaut d'installation du patient</li> <li>Infiltrations antérieures</li> <li>Saccoscanographie avant l'intervention</li> <li>Instrumentation inadaptée</li> <li>Fragilité dure</li> <li>Kyste synovial articulaire à développement endo-canalair</li> <li>Présence d'un redon aspiratif</li> </ul>
Liste des barrières de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation soigneuse de l'indication opératoire chez patients à risque</li> <li>Dissection prudente sous microscope</li> <li>Vigilance sur écoulement de LCS</li> <li>Prudence lors de la dissection de la face postérieure et/ou latérale du fourreau dural</li> </ul>
Liste des conséquences de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fistule de LCS</li> <li>Hypotension intra-crânienne</li> <li>Méningite</li> <li>Lésions radiculaires et/ou médullaires</li> </ul>
Enseignements tirés de la situation à risque	Prudence à la dissection de la face postérieure et/ou latérale du

Accréditation des médecins et des équipes médicales  
Référentiel risques spécialité : NEUROCHIRURGIE

	fourreau dural
--	----------------

Évaluation du risque	Fréquence	Gravité	Criticité (F+G)
Risque initial	4	2	6
Risque résiduel	NA	NA	NA

Résumé
Plaie durale lors d'une intervention intra-rachidienne

Recommandations liées
Aucune recommandation en lien avec la situation à risque

Documents téléchargeables	
Pour les experts	Sans objet.
Pour les médecins	Sans objet.

Périmètre d'applicabilité	
Situation à risque inter-spécialités	Non à ce stade en l'absence de validation de la commission inter-spécialités.
Champs d'activités concernés	Sans objet.

Origine	
Étude de risque à l'origine	Non.
Si oui, précisez	Sans objet.

Message éventuel de mise en garde	
Titre du message	Sans objet.
Corps du message	Sans objet.

### 5.1.5 Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire – Interspécialité 2010

**ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES**

**SITUATION A RISQUE**

Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire – Interspécialité 2010

**Interspécialité**

Champ d'application	
<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout patient bénéficiant d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant
<b>Type de prise en charge</b>	Toutes (Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire, HAD ou Autre)
<b>Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes

Description de la situation à risque	
<b>Liste des causes immédiates de la situation à risque</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Défaillance de l'indication du traitement</li> <li>2. Défaillance de la prescription</li> <li>3. Défaillance de la dispensation/délivrance</li> <li>4. Défaillance à l'administration</li> <li>5. Défaillance du suivi du traitement</li> <li>6. Défaillance liée au médicament (étiquetage, présentation, stockage, péremption)</li> </ol>
<b>Liste des barrières de la situation à risque</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recommandation disponible, protocoles de service</li> <li>2. Dossier patient</li> <li>3. Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou LAP)</li> <li>4. Dispensation/délivrance sous le contrôle effectif d'un pharmacien</li> <li>5. Information et vigilance du patient et de son entourage</li> <li>6. Vérification ultime par le soignant avant l'administration</li> <li>7. Surveillance clinique et biologique du patient</li> <li>8. Programmation opératoire</li> <li>9. Consultation préopératoire (chirurgien et anesthésiste)</li> </ol>
<b>Liste des conséquences de la situation à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie</li> <li>- Thrombose</li> </ul>



	- Interactions médicamenteuses
<b>Enseignements tirés de la situation à risque</b>	

<b>Evaluation du risque</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Gravité</b>	<b>Criticité (F+G)</b>
<b>Risque initial</b>	4	4	8
<b>Risque résiduel</b>	3	4	7

### Résumé

#### **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 plaquettaires**

Il n'existe actuellement aucune preuve solide pour proposer des recommandations fortes sur la gestion péri-opératoire des agents antiplaquettaires (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.

### Recommandations liées

**Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier**

### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	Sans objet
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet

### Périmètre d'applicabilité

<b>Situation à risque inter-spécialités</b>	Oui
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### Origine

<b>Etude de risque à l'origine</b>	Oui
------------------------------------	-----

<b>Si oui, précisez</b>	<p>Recommandations professionnelles : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier, Avril 2008 (<a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/jlestv-20-32-s300.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/jlestv-20-32-s300.pdf</a>)</p> <p>REGISTRE AVK. Un <a href="#">registre</a> est ouvert depuis octobre 2009. Soixante-dix centres y participent. CFAR <a href="https://www.clininfohosting.com/specif/REGAVK/">https://www.clininfohosting.com/specif/REGAVK/</a></p>
-------------------------	--

Message éventuel de mise en garde	
<b>Titre du message</b>	Sans objet
<b>Corps du message</b>	Sans objet

Références bibliographiques
<p>1) RPC : Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti-vitamines K en ville et en milieu hospitalier <a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier</a></p> <p>2) RPC : Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri-opératoire et obstétricale SFAR 2005. <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/preventionmte_rpc.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/preventionmte_rpc.pdf</a></p> <p>3) Conférence d'experts : AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES ET PERIODE PERIOPERATOIRE (SFAR 2001) <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/38-art38_aapconfexp.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/38-art38_aapconfexp.pdf</a></p> <p>4) Consensus d'experts : Gestion du traitement antiplaquettaire oral chez les patients porteurs d'endoprothèses coronaires (SFAR 2006) <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/152-aap_stents_expcoll06.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/152-aap_stents_expcoll06.pdf</a></p> <p>5) Conférence d'experts. Thrombopénie induite par l'héparine (SFAR2002) <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/295-tihconfexp.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/295-tihconfexp.pdf</a></p> <p>6) HAS RPC : Antiagrégants plaquettaires, prise en compte des risques thrombotiques et hémorragiques en cas de geste invasif (en partenariat). En cours (parution prévue décembre 2010)</p>

## 5.2 DESCRIPTION DES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

### 5.2.1 Prévention de la contamination péri opératoire

**ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES  
RECOMMANDATION**

**Prévention de la contamination péri opératoire**

**Neurochirurgie**

#### Champ d'application

<b>Caractéristiques des patients</b>	Tous malades opérés.
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Ambulatoire.
<b>Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tous diagnostics
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Toutes interventions

#### Description

<b>Type de recommandation</b>	Rappel d'un référentiel ou d'une recommandation professionnelle
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

#### Résumé

La recommandation vise les mesures concernant l'hygiène du patient, la préparation du champ opératoire et l'antibioprophylaxie.

#### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	Gestion du risque infectieux pré opératoire. Conférence de consensus. Institut Pasteur 2004 : Recommandations concernant l'hygiène générale de l'opéré, la préparation du champ opératoire. Téléchargeable sur le site de la SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière
<b>Pour les médecins</b>	Gestion du risque infectieux pré opératoire. Conférence de consensus. Institut Pasteur 2004 : Recommandations concernant l'hygiène générale de l'opéré, la préparation du champ opératoire. Téléchargeable sur le site de la SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière

### Périmètre d'applicabilité

<b>Recommandation inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### Références bibliographiques

Gestion du risque infectieux pré opératoire. Conférence de consensus. Institut Pasteur 2004. Disponible sur le site de la SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière).

Risques au Bloc Opératoire : Cartographie et gestion. DRASS Midi Pyrénées – Commission de coordination des vigilances.

### 5.2.2 Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines k en ville et en milieu hospitalier

#### ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES

#### RECOMMANDATION

Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines k en ville et en milieu hospitalier

#### Neurochirurgie

#### Champ d'application

<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout type de patient.
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire
<b>Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout diagnostic justifiant une intervention chirurgicale.
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Tout type d'intervention

#### Description

<b>Type de recommandation</b>	Rappel d'une recommandation professionnelle
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	2 ans

#### Résumé

L'objectif principal est de réduire la morbi-mortalité des accidents liés aux AVK, grâce à la diffusion de stratégies de prise en charge des situations à risque ou des accidents hémorragiques. Les recommandations abordent les questions suivantes :

1. la conduite à tenir en cas de surdosage asymptomatique
2. la conduite à tenir en cas d'hémorragies spontanées ou traumatiques
3. la conduite à tenir vis-à-vis du traitement par AVK en cas de chirurgie ou d'acte invasif programmé ou bien urgent.

#### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	<a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_recommandations_v2.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_recommandations_v2.pdf</a> <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf</a>
-------------------------	--

<b>Pour les médecins</b>	<a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_recommandations_v2.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_recommandations_v2.pdf</a> <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf</a>

### Périmètre d'applicabilité

<b>Recommandation inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### Références bibliographiques

<a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier</a>
---

### 5.2.3 Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie en vigueur (SFAR) – Inter-spécialités 2010

#### ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES

#### RECOMMANDATION

Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR Version 2010) -Interspecialite2010

#### Inter-spécialités

Champ d'application	
Caractéristiques des patients	Tout type de patient.
Type de prise en charge	Hospitalisation, Consultation, Ambulatoire
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Tout diagnostic justifiant une intervention chirurgicale.
Intervention(s) concernée(s)	Tout type d'intervention

Description	
Type de recommandation	Rappel d'un référentiel ou d'une recommandation professionnelle
Délai maximal de réalisation par les médecins	1 an

#### Résumé

L'infection est un risque pour toute intervention et, par exemple, en chirurgie l'on retrouve des bactéries pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires, lors de la fermeture. Ceci existe quelle que soit la technique chirurgicale et quel que soit l'environnement (le flux laminaire ne supprime pas complètement ce risque). Ces bactéries sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable (hématome, ischémie, modification du potentiel d'oxydoréduction...) et l'intervention induit des anomalies des défenses immunitaires. L'objectif de l'antibioprophylaxie (ABP) est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site de l'intervention.

La consultation préopératoire représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'une ABP. Il est possible d'y définir le type d'intervention prévu, le risque infectieux qui s'y rapporte (et donc la nécessité ou non d'une ABP), le moment de la prescription avant l'intervention et d'éventuels antécédents allergiques pouvant modifier le choix de la molécule antibiotique sélectionnée.

L'efficacité de l'antibioprophylaxie est prouvée pour de nombreux actes chirurgicaux, mais sa prescription doit obéir à certaines règles, établies au gré des nombreuses études menées sur ce sujet : elle doit utiliser un antibiotique adapté à la fois à la cible bactériologique et à l'intervention concernée, afin d'obtenir des concentrations tissulaires efficaces sur le site de l'infection potentielle.

Elle doit être débutée avant l'acte chirurgical, de manière à ce que l'antibiotique soit présent avant que ne se produise la contamination bactérienne. La durée de la prescription doit être brève, afin de réduire le plus possible le risque écologique de germes résistants entraîné par toute antibiothérapie.

Le Collège de neurochirurgie estime que la preuve que cette recommandation a été mise en place et appliquée est subordonnée à :

- une déclinaison locale formalisée,  
un consensus pluriprofessionnel

Documents téléchargeables	
Pour les experts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Société française d'anesthésie et réanimation. Antibiotrophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) Actualisation 2010</li> <li>• <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/Antibiotrophylaxieversion2010.doc.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/Antibiotrophylaxieversion2010.doc.pdf</a></li> </ul>
Pour les médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Société française d'anesthésie et réanimation. Antibiotrophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) Actualisation 2010</li> <li>• <a href="http://www.sfar.org/_docs/articles/Antibiotrophylaxieversion2010.doc.pdf">http://www.sfar.org/_docs/articles/Antibiotrophylaxieversion2010.doc.pdf</a></li> </ul>

Périmètre d'applicabilité	
Recommandation inter-spécialités	Oui
Champs d'activités concernés	Tous

Références bibliographiques	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery. National clinical guidelines. Edinburgh: SIGN, 2000. Actualisation 2008. <a href="http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/104/index.html">http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/104/index.html</a></li> <li>• Centers for Disease Control. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999 ; 20(4): 247-8. <a href="http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf">http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf</a></li> <li>• Société de pathologie infectieuse de langue française. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Méd Mal Infect 2002 ; 32 :542-52.( <a href="http://www.sfm.org/formation/consensus#cat16">http://www.sfm.org/formation/consensus#cat16</a>)</li> </ul>	



#### 5.2.4 Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » - Inter-spécialités 2010

### ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES

#### RECOMMANDATION

### Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » - Inter-spécialités 2010

#### Inter-spécialités

#### Champ d'application

<b>Caractéristiques des patients</b>	Tout type de patient
<b>Type de prise en charge</b>	Hospitalisation, ambulatoire
<b>Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement</b>	Tout type de diagnostic
<b>Intervention(s) concernée(s)</b>	Tout type d'intervention

#### Description

<b>Type de recommandation</b>	Rappel d'un référentiel ou d'une recommandation professionnelle
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

#### Résumé

La check-list est un support pratique qui s'intègre dans les évolutions managériale et organisationnelle au bloc opératoire et doit aussi permettre de faire progresser la culture de la sécurité du patient au bloc opératoire. C'est un outil de partage entre les membres de l'équipe, d'informations essentielles pour chaque intervention et de vérification croisée de points critiques.

La check-list est une exigence de la certification des établissements de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Directement en rapport avec la sécurisation des pratiques tant en ce qui concerne le contrôle de l'identification des patients que celui du site opératoire et de l'antibioprophylaxie, elle est normalement intégrée à la démarche d'accréditation des médecins.

#### Documents téléchargeables

<b>Pour les experts</b>	<p>Checklist sécurité du patient au bloc opératoire - Version 2011-01</p> <p>Checklist - Mode d'emploi</p> <p><a href="#">Check-list - Revue de bibliographie</a></p> <p><a href="#">Check-list - Document d'accompagnement</a></p> <p>Check-list sécurité du patient au bloc opératoire - Diaporama</p>
<b>Pour les médecins</b>	Checklist sécurité du patient au bloc opératoire - Version 2011-01

Accréditation des médecins et des équipes médicales  
Référentiel risques spécialité : NEUROCHIRURGIE

	Checklist - Mode d'emploi <a href="#">Check-list - Revue de bibliographie</a> <a href="#">Check-list - Document d'accompagnement</a> Check-list sécurité du patient au bloc opératoire - Diaporama
--	---

### Périmètre d'applicabilité

<b>Recommandation inter-spécialités</b>	OUI
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### Références bibliographiques

Revue de bibliographie récente sur les check-lists et sécurité au bloc opératoire : <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf</a>
--

### 5.3 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SURVEILLANCE DES RISQUES

#### 5.3.1 Programme 2009 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b> <b>ACTIVITE</b>
<b>Programme 2009 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé</b>
<b>Neurochirurgie</b>

Champ d'application	
Type d'activité	Autre
Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation	Appartenir à une instance, à un comité, etc. en relation avec la gestion des risques dans l'établissement de santé (CLIN, Matérovigilance, Biovigilance, Sécurité transfusionnelle, Identitovigilance etc.
Exigence de participation	Facultatif
Délai maximal de réalisation par les médecins	1 an

Documents téléchargeables	
Pour les médecins	Sans objet.

Périmètre d'applicabilité	
Activité inter-spécialités	Non
Champs d'activités concernés	Tous

### 5.3.2 Programme 2009 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b>
<b>ACTIVITE</b>
<b>Programme 2009 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins</b>
<b>Neurochirurgie</b>

<b>Champ d'application</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation</b>	Analyse collective et anonyme des risques et possibilité pour chaque médecin de comparer ses pratiques à tout ou partie de la profession. Revue de morbidité mortalité (RMM). Staffs hospitaliers. Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), Enquêtes ISO.
<b>Exigence de participation</b>	Obligatoire
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

<b>Documents téléchargeables</b>	
<b>Pour les médecins</b>	Recommandations HAS. Téléchargeables sur le site de la HAS. Méthodologie des enquêtes ISO fournies par les CCLIN

<b>Périmètre d'applicabilité</b>	
<b>Activité inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### 5.3.3 Programme 2009 : Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie

**ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES**

**ACTIVITE**

**Programme 2009 : Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie**

**Neurochirurgie**

<b>Champ d'application</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation</b>	<p>Sessions d'enseignement. Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles. Suivi des actions de gestion des risques</p> <p>Congrès de la Société française de Neurochirurgie, de ses composantes et des clubs de sur spécialités. Séminaires thématiques en gestion des risques.</p> <p>Journées nationales d'enseignement. Congrès de la Société française de Neurochirurgie, de ses composantes et des clubs de sur spécialités. Séminaires thématiques en gestion des risques.</p> <p><a href="http://www.college.neurochirurgie.fr">www.college.neurochirurgie.fr</a></p> <p><a href="http://www.campus.neurochirurgie.fr">www.campus.neurochirurgie.fr</a></p>
<b>Exigence de participation</b>	Obligatoire
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	2 ans

<b>Documents téléchargeables</b>	
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet.

<b>Périmètre d'applicabilité</b>	
<b>Activité inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

**5.3.4 Programme 2011 : Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins ( hors RMM)**

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b>
<b>ACTIVITE</b>
Programme 2011: Participer à une activité d'amélioration de la qualité des soins (hors RMM)
<b>Neurochirurgie</b>

<b>Champ d'application</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation</b>	Analyse collective et anonyme des risques et possibilité pour chaque médecin de comparer ses pratiques à tout ou partie de la profession. Staffs hospitaliers. Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), Enquêtes ISO, Etc...
<b>Exigence de participation</b>	Facultatif
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

<b>Documents téléchargeables</b>	
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet

<b>Périmètre d'applicabilité</b>	
<b>Activité inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

### 5.3.5 Programme 2011: Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b>
<b>ACTIVITE</b>
Programme 2011: Participer aux journées nationales d'enseignement en neurochirurgie
<b>Neurochirurgie</b>

<b>Champ d'application</b>	
<b>Type d'activité</b>	Formation
<b>Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation</b>	<p>Sessions d'enseignement. Programmes d'évaluation des pratiques professionnelles. Suivi des actions de gestion des risques</p> <p>Congrès de la Société française de Neurochirurgie, de ses composantes et des clubs de sur spécialités. Séminaires thématiques en gestion des risques.</p> <p>Journées nationales d'enseignement. Congrès de la Société française de Neurochirurgie, de ses composantes et des clubs de sur spécialités. Séminaires thématiques en gestion des risques.</p> <p><a href="http://www.college.neurochirurgie.fr">www.college.neurochirurgie.fr</a></p> <p><a href="http://www.campus.neurochirurgie.fr">www.campus.neurochirurgie.fr</a></p>
<b>Exigence de participation</b>	Obligatoire
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	2 ans

<b>Documents téléchargeables</b>	
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet

<b>Périmètre d'applicabilité</b>	
<b>Activité inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

## 5.3.6 Programme 2011: Revue de mortalité et de morbidité (RMM) – Inter-spécialités 2010

## ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES

## ACTIVITE

Programme 2011: Revue de mortalité et de morbidité (RMM) -Inter-spécialités 2010

## Inter-spécialités

Champ d'application	
Type d'activité	Activité de DPC
Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation	<p>Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication (EIG) ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (EPR), et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.</p> <p>L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou plusieurs individus. A l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p> <p>Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.</p> <p>La RMM est une démarche connue et déjà utilisée par de nombreuses équipes. Un groupe de travail mis en place par la HAS regroupant des organismes professionnels, les fédérations hospitalières, l'Institut de la Veille Sanitaire et les usagers a produit en juin 2009 un <a href="#">guide méthodologique et une brochure de synthèse</a> (disponibles en téléchargement libre et gratuit sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>) afin de formaliser et valoriser les RMM déjà en place et de les promouvoir au sein des équipes qui ne les utilisaient pas encore. Les documents publiés sont marqués par le souci d'intégrer les RMM à la pratique clinique habituelle des équipes et la possibilité de pouvoir adapter le cadre proposé aux différents modes d'exercice des professionnels de santé concernés. Ils donnent tous les éléments nécessaires et suffisants pour ceux qui souhaiteraient mettre en œuvre une RMM.</p> <p><b>Le projet de déploiement d'un programme de généralisation des revues de morbidité et de mortalité en Neurochirurgie fait l'objet d'une convention spécifique entre l'HAS et l'OA Collège de Neurochirurgie.</b></p> <p><b>La convention a pour objet d'organiser le développement des revues</b></p>



	<p>de mortalité et de morbidité (RMM) pour la spécialité de Neurochirurgie afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins. Les partenaires s'engagent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dresser un état des lieux de la pratique des RMM dans le champ de la neurochirurgie,</li> <li>- généraliser les RMM dans les services de neurochirurgie,</li> <li>- répertorier et créer un registre national des risques médicaux en Neurochirurgie,</li> <li>- analyser les résultats et identifier des thèmes prioritaires à partir de ces RMM,</li> <li>- formaliser et mettre en place des actions d'amélioration des pratiques et de sécurité des soins à partir des thèmes prioritaires identifiés,</li> <li>- étudier l'impact de la généralisation des RMM,</li> <li>- communiquer sur le développement des RMM et sur les impacts identifiés</li> </ul>
<b>Exigence de participation</b>	Obligatoire
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

#### Documents téléchargeables

<b>Pour les médecins</b>	<a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm</a>
--------------------------	---

#### Périmètre d'applicabilité

<b>Activité inter-spécialités</b>	Oui
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

**5.3.7 Programme 2011 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé**

<b>ACCREDITATION DES MEDECINS ET DES EQUIPES MEDICALES</b>
<b>ACTIVITE</b>
Programme 2011 : Appartenir à une instance ou à un comité de gestion des risques dans l'établissement de santé
<b>Neurochirurgie</b>

<b>Champ d'application</b>	
<b>Type d'activité</b>	Autre
<b>Description et intérêts dans le cadre de l'accréditation</b>	Appartenir à une instance, à un comité, etc. en relation avec la gestion des risques dans l'établissement de santé (CLIN, Matérovigilance, Biovigilance, Sécurité transfusionnelle, Identitovigilance etc.
<b>Exigence de participation</b>	Facultatif
<b>Délai maximal de réalisation par les médecins</b>	1 an

<b>Documents téléchargeables</b>	
<b>Pour les médecins</b>	Sans objet.

<b>Périmètre d'applicabilité</b>	
<b>Activité inter-spécialités</b>	Non
<b>Champs d'activités concernés</b>	Tous

#### **5.4** DES QUESTIONNAIRES D'ANALYSE APPROFONDIE

Pas de questionnaire d'analyse approfondie pour le moment.