

Rapport d'activité FCVD 2020



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive

FCVD

www.fcvd.fr

12, rue Bayard 31000 Toulouse

Table des matières

I. Organisation & Instances	4
A. Historique	4
B. Sociétés membres de la FCVD	4
C. Instances de pilotage.....	5
D. Viscérisq.....	7
II. Indicateurs de d’accreditation	10
A. Mode d’exercice des chirurgiens accrédités	10
B. Analyse de l’évolution des effectifs.....	12
C. Evolution des bilans depuis 2009	14
D. Déclarations d’EIAS en 2020.....	15
E. Délais de traitements – SIAM 2	21
F. Questionnaires d’autoévaluation SIAM 2.....	22
G. Accreditation en équipe pluridisciplinaire.....	26
III. Valorisation des données issues du dispositif d’accreditation	27
A. Enquête de pratique.....	27
B. Site internet.....	27
C. Programme APOLLO	29
D. Participations aux travaux de la HAS.....	29
E. Analyse de la base de retour d’expérience	30
F. Communications sur la Base de Retour d’Expérience.....	30
IV. Indicateurs de la Formation / DPC	32
A. Actualités en 2020	32
B. Les actions de la FCVD	32
C. Les actions des sociétés savantes et partenaires	36
D. Bilan de l’activité de formation	36
V. Bilan et perspectives 2021 - 2022	37
A. Vie administrative.....	37
B. Accreditation & Formation.....	37
VI. Annexes	39

Table des illustrations

Tableau 1 - Membres de la FCVD en 2020	4
Tableau 2 - Participation aux instances de pilotage 2020 – CA et AGO	5
Tableau 3 - Participations aux instances de pilotage 2020 – Réunions de Bureau	5
Tableau 4 - Mode d'exercice des chirurgiens ayant réalisé un bilan depuis 2009	10
Tableau 5 - Effectif actif par année d'engagement	12
Tableau 6 - Accréditation par année d'engagement	12
Tableau 7 - Evolution des engagements dans le dispositif	12
Tableau 8 - Evolution des sorties du dispositif	13
Tableau 9 - Evolution des décisions d'accréditation et des bilans annuel évalués avec « avis favorable » depuis 2009	14
Tableau 10 - Répartition des EIAS déclarés et acceptés par OA	15
Tableau 11 - Répartition des déclarations ciblées et non ciblées	16
Tableau 12 - Répartition des déclarations ciblées 2019 – 2020	16
Tableau 13 – Evolution des niveaux de gravités déclarés en 2019 et 2020	17
Tableau 14 - Niveaux de Gravité et Score ASA déclaré (2020)	17
Tableau 15 - Evolution de l'appréciation du caractère évitable entre 2019 et 2020	18
Tableau 16 - Evitabilité et Niveaux de Gravité (2020)	18
Tableau 17 - Délais moyen (en jours) de traitement des bilans – Rapport HAS	21
Tableau 18 - Délais moyen (en jours) de traitement des déclarations d'EIAS - Rapport HAS	21
Tableau 19 - Evolution de l'activité DPC depuis 2013	32
Tableau 20 – Evolution des participations aux réunions régionales depuis 2016	33

I. Organisation & Instances

A. Historique

La Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 créée en 2006.

Elle devient organisme agréé pour l'accréditation le 8 mars 2007.

Cet organisme est chargé d'organiser la gestion des risques en chirurgie viscérale et digestive et endocrinienne. L'agrément a été renouvelé par la HAS le 28 juin 2017 pour une durée de 5 ans (2022).

La FCVD est également reconnue comme

- Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC) depuis 2013.

Cet agrément a été renouvelé par l'Agence Nationale du DPC en 2017.

- Organisme de Formation Continue – enregistrement auprès de DATADOCK en 2017.

Depuis 2018, la FCVD s'est dotée de locaux à Toulouse.

B. Sociétés membres de la FCVD

En 2020, 2 nouveaux membres ont rejoint la FCVD, le Club Coelio et le Club Hernie.

La FCVD fédère donc un total de onze sociétés savantes, clubs, et associations représentant la spécialité de chirurgie viscérale et digestive.

Tableau 1 - Membres de la FCVD en 2020

Membre	Année d'adhésion
Association de Chirurgie Hépato-Bilio-pancréatique et Transplantation [ACHBT]	2006
Association Française de Chirurgie [AFC]	2006
Association Française de Chirurgie Endocrinienne [AFCE]	2006
Société Française de Chirurgie Endoscopique [SFCE]	2006
Société Française de Chirurgie Digestive [SFCD]	2006
Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité [SOFFCO]	2006
Club Coelio	2020
Club Hernie	2020
Collège de la spécialité	2006
Syndicat National de Chirurgie Viscérale et Digestive [SNCVD]	2006
Service De Santé Des Armées	2006

La représentation de ces personnes morales au conseil d'administration respecte la parité en matière de mode d'activité (un représentant salarié, un représentant libéral).

Le conseil d'administration élit son bureau composé d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire général pour une durée de trois ans. Un règlement interne fixe l'organisation de la FCVD.

Une commission interne à la FCVD, nommée Viscérisq, est chargée du pilotage de l'accréditation. Son président est celui de la FCVD, ses membres sont les membres du bureau et les experts FCVD de l'accréditation. Elle désigne des représentants pour siéger à la commission risque de la spécialité, à la commission interspécialités de la HAS, elle désigne le gestionnaire et le responsable des experts.

C. Instances de pilotage

Les instances de pilotages de la FCVD sont :

- Le **Bureau** composé de 3 membres élus au Conseil d'Administration du 12 décembre 2018 et dont le renouvellement est prévu Conseil d'Administration du 8 décembre 2021. Participent également aux réunions de Bureau des personnalités qualifiées.

❖ Composition nominative du bureau

Renouvelé pour la période décembre 2018 – décembre 2021 :

- Pr Jean GUGENHEIM Président
- Dr Alain DELEUZE Trésorier
- Dr Jean François GRAVIE Secrétaire Général

❖ Personnalités qualifiées

- Pr Bertrand MILLAT Past-President
- Pr Frédéric BORIE Président du Conseil Scientifique
- Pr Muriel MATHONNET Présidente du CNP.CVD

- Le conseil d'administration composé de l'ensemble des membres de la FCVD s'est réuni à trois reprises en 2020. Il a notamment entériné les modifications des statuts et du règlement intérieur votées en assemblée générale extraordinaire.

Les instances de pilotages de la FCVD se sont réunies à 26 reprises en 2020 :

- 1 Assemblée Générale Ordinaire
- 1 Assemblée Générale Extraordinaire
- 3 Conseils d'Administration
- 11 réunions de Bureau
- 9 réunions Viscérisq (visio)
- 1 séminaire Viscérisq

Tableau 2 - Participation aux instances de pilotage 2020 – CA et AGO

Réunion	Date	Sociétés Membres	Voix exprimées	Présents	Pouvoirs	Invités
CA	17/06/2020	7	13	11	2	4
AGO	15/07/2020	7	12	7	5	4
AGE	15/07/2020	7	12	7	5	3
CA	15/07/2020	7	12	7	5	3
CA	09/12/2020	6	8	8	0	4

Tableau 3 - Participations aux instances de pilotage 2020 – Réunions de Bureau

Réunion	Date	Participants	Membres du Bureau	Invités	Cellule Adm
Bureau – 1	08/01/2020	7	3/3	2	2
Bureau – 2	05/02/2020	6	2/3	2	2
Bureau – 3	04/03/2020	7	3/3	2	2
Bureau – 4	08/04/2020	7	3/3	2	2
Bureau – 5	13/05/2020	8	3/3	3	2
Bureau – 6	17/06/2020	8	3/3	3	2
Bureau – 7	15/07/2020	8	3/3	3	2

Bureau – 8	16/09/2020	7	3/3	2	2
Bureau – 9	07/10/2020	6	3/3	1	2
Bureau – 10	04/11/2020	7	2/3	3	2
Bureau – 11	09/12/2020	6	2/3	2	2

❖ **Cellule Administrative**

Le Conseil d'Administration de juin 2020 a mis fin au contrat de prestation de service liant la FCVD avec la Société ABC Santé Gestion.

Il a été décidé que la FCVD se doterait à partir de janvier 2021 d'une équipe administrative salariée.

Les membres du Bureau ont procédé aux recrutements de l'équipe administrative en 2020 pour une entrée en fonction au 1^{er} janvier 2021.

Equipe administrative 2020 – Contrat ABC Santé Gestion

- Mme Eloïse BOYER Assistante Administrative
- Mme Chloé CARRIERE Juriste
- Mme Stéphanie DOUSSET Juriste
- Mme Béatrice LE NIR Coordinatrice Administrative

D. Viscérisq

La FCVD dispose en décembre 2020 de 16 experts formés et actifs

❖ Composition nominative des experts

- Dr Jean François Ain
- Dr Denis Blazquez
- Pr Frédéric Borie
- Dr Hervé Bothéreau (2019)
- Dr Jean Pierre Cossa
- Dr Jean Delaby
- Dr Thierry Delaunay (2018)
- Dr Alain Deleuze
- Dr Gérard Fromont
- Dr Jean-François Gillion (2018)
- Dr Ségolène Lardenois
- Dr Christian Maigné
- Pr Muriel Mathonnet
- Dr Philippe Pinto
- Dr Axel Ricci
- Dr Constantin Zaranis (2018)

❖ Mode de fonctionnement des experts de l'OA

Rôle des experts

Une liste actualisée de médecins engagés dans l'accréditation est donnée à chaque expert.

L'expert s'engage à accompagner chaque médecin de sa liste durant toute l'année dans ses démarches d'accréditation. Un chirurgien est toujours suivi par le même expert pour faciliter les échanges.

Il analyse les déclarations d'EIAS de chaque médecin ainsi que leurs bilans annuels ou d'accréditation. La répartition des médecins faite par le responsable des experts tient compte de l'expérience de l'expert et de sa disponibilité. Le nombre de médecins attribués varie, suivant les experts.

Le responsable des experts et un expert spécifique sont chargés de traiter les dossiers des médecins engagés la première année.

Le responsable des experts tient à jour mensuellement l'état d'avancement des traitements des dossiers et est chargé de relancer les experts. En cas de manquement de l'expert, les dossiers sont réattribués à d'autres experts et l'expert se voit amputer d'un certain nombre de dossiers l'année suivante.

Au sein de Viscérisq, des experts sont identifiés pour effectuer la veille de la base REX ainsi que son analyse en fonction des priorités définies par le bureau de la FCVD.

Espace de travail

Afin de faciliter le travail des experts, un espace en ligne SHAREPOINT dédié à leur activité a été créé en 2020.

Les experts ont à leur disposition, les certificats de cotisation des accrédités, les certificats de participation à des actions DPC s'ils sont réalisés avec la FCVD, les certificats de réalisation des enquêtes.

Chaque expert dispose d'un identifiant personnel et s'engage à n'utiliser ces documents que dans le cadre de son activité d'expert de la FCVD.

Réunions téléphoniques

Une réunion téléphonique entre tous les experts se tient mensuellement. La participation des experts est obligatoire.

Son rôle est de coordonner l'action des experts et de faciliter la transmission des informations sur l'évolution du programme risques de la spécialité.

Ces réunions techniques ont pour but :

- de tenir informés l'ensemble des experts des évolutions en matière d'accréditation (évolutions du SIAM, modalités de déclaration des EIAS, problèmes techniques rencontrés, ...)
- de faire un point sur les retards en matière de bilans,
- de faire évoluer de façon harmonieuse l'analyse des EIAS et des bilans
- de faire remonter par les experts les préoccupations et les difficultés des chirurgiens engagés

Pour ces raisons, la non-participation à plus de quatre réunions par an peut être un motif d'exclusion d'un expert.

Dates des réunions téléphoniques en 2020 :

- 27/01/2020
- 24/02/2020
- 30/03/2020
- 27/04/2020
- 24/05/2020
- 29/06/2020
- 28/09/2020
- 30/11/2020
- 28/12/2020

Séminaire 2020

Un séminaire est organisé chaque année pour les experts.

Lors des séminaires des experts, sont fixées et rappelées :

- Les règles de traitement des EIAS
- Les règles de validation des bilans.

Ces règles sont établies pour respecter les engagements de la FCVD vis-à-vis de la HAS, et du financeur qu'est l'Assurance Maladie.

Le non-respect de ces règles peut être un motif d'exclusion d'un expert.

Présents : J.-F. AIN

D. BLAZQUEZ,
F. BORIE (visio)
H. BOTHEREAU,
J.-P COSSA,
J. DELABY,
T. DELAUNAY,
A. DELEUZE,
G. FROMONT,
J.-F. GILLION,
S. LARDENOIS,
C. MAIGNE,
M. MATHONNET,
P. PINTO,
A. RICCI,
C. ZARANIS

Invités : C. CARRIERE, B LE NIR

Samedi 5 décembre (Paris)

Introduction

Tour de table des experts

Bilan de l'année 2019-2020 :

- Etat financier de la FCVD
- Cotisations
- DPC

Perspectives 2021 :

- La re certification
- L'accréditation en équipe
- Le financement des praticiens publics
- La FCVD :
 - o Programme des réunions régionales & calendrier
 - o Programme de la Journée Nationale du 20 mars 2021
 - o Programme des DPC – partenaires

Les e-learning de la FCVD :

- FUSE : Etat de réalisation / Bilan
- Safe Cholecystectomy – Bilan de la première année

Accréditation

- Classification des EIAS : permanence sur l'analyse de la base REX
- Rappel des règles de validation des bilans (*exemples sur la base*)

Questions diverses Questions à communiquer par mail avant la réunion : fcvd.oa.dpc@gmail.com

II. Indicateurs de d'accréditation

Rappel du cahier des charges des organismes agréés

Chaque année, l'OA adresse à la HAS un rapport d'activité, selon un format défini par la HAS, qui comprend notamment :

un bilan de ses activités en termes de gestion de l'accréditation,
un bilan des actions de recherche, de veille scientifique, de formation et d'information,
une synthèse des publications, présentations et interventions réalisées sur l'accréditation et les enseignements issus de la base REX.

L'OA tire des enseignements de l'analyse en continu des EIAS enregistrés dans la base REX notamment aux fins de communiquer sur des EIAS particulièrement instructifs au moins une fois par an (...).

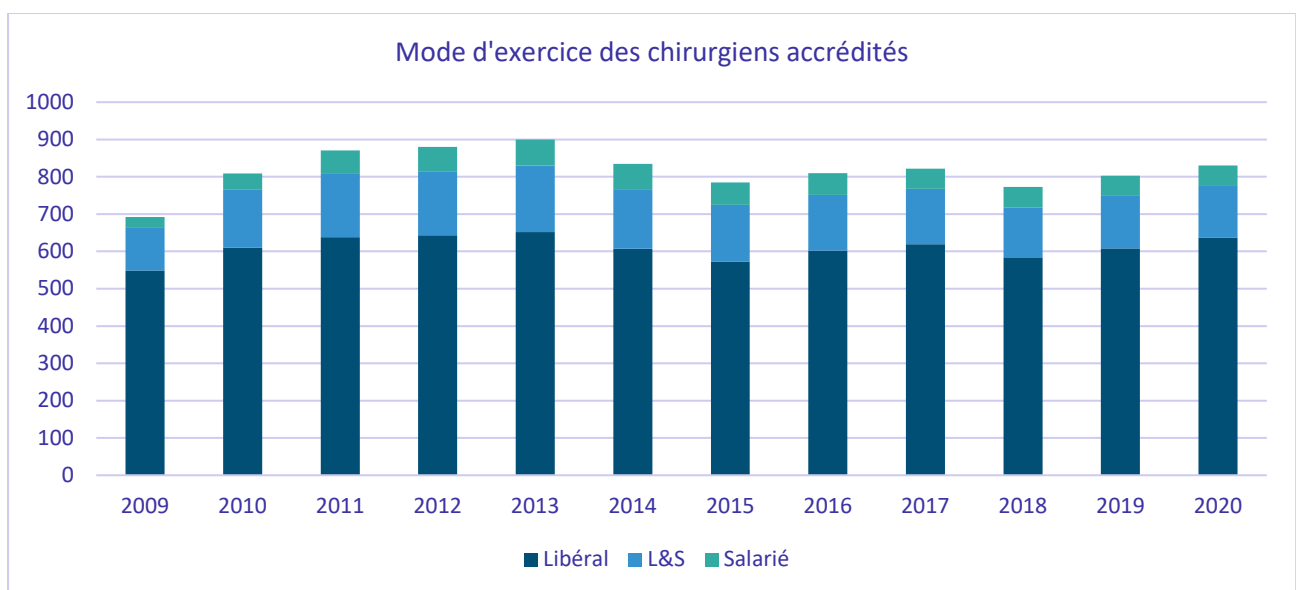
A. Mode d'exercice des chirurgiens accrédités

En 2020, on recense 830 chirurgiens accrédités auprès de la FCVD.

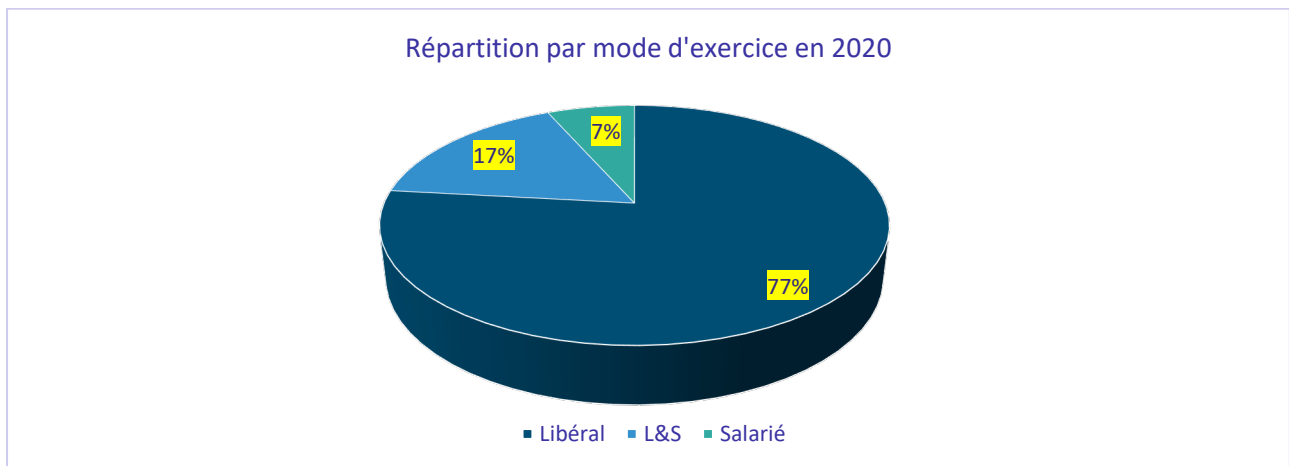
Tableau 4 - Mode d'exercice des chirurgiens ayant réalisé un bilan depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Libéral	549	610	638	643	652	607	573	602	619	584	608	637
L&S	114	155	172	172	178	160	152	149	149	133	141	138
Salarié	29	44	61	65	70	68	60	59	54	56	54	55
Total	692	809	871	880	900	835	785	810	822	773	803	830

A noter : Relative stabilité de l'effectif global



La répartition par mode d'exercice est stable en 2020.



B. Analyse de l'évolution des effectifs

Les indicateurs concernant les mouvements des médecins et des équipes médicales dans le dispositif d'accréditation sont rassemblés dans les tableaux 5, 6, 7 et 8.

❖ Renouvellement de l'effectif

En 2008, 747 chirurgiens se sont engagés dans l'accréditation auprès de la FCVD.

49 (7 %) d'entre eux n'ont jamais été accrédités, 396 (53 %) sont sortis du dispositif et 302 (40%) sont encore accrédités à ce jour.

En 2020, sur l'effectif de 830 accrédités, 36 % est issu des premiers engagés de 2008.

Au total, 54 % de l'effectif actif est issu des années d'engagement 2008-2011 et 30 % est entré dans l'accréditation après 2016.

Tableau 5 - Effectif actif par année d'engagement

Année d'engagement	Effectif actif	%
Entre 2008 et 2011	446	54%
Entre 2012 et 2015	138	17%
> 2016	246	30%

Tableau 6 - Accréditation par année d'engagement

Engagements	Dernière année d'accréditation						Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
2008 (747)		275	17			10	302
2009 (166)		1	50	7			58
2010 (101)			2	40	8		50
2011 (60)		3	1	2	23	7	36
2012 (53)		22	4		2	3	31
2013 (52)		6	25	2			33
2014 (78)			4	33	4		41
2015 (46)		1	1	4	26	1	33
2016 (75)	1	40	3		11	10	65
2017 (60)			42	3			45
2018 (82)			2	53	3		58
2019 (100)				6	67	5	78
Total	1	348	151	150	144	36	830

❖ Evolution des engagements

Tableau 7 - Evolution des engagements dans le dispositif

Engagements	2017	2018	2019	2020
Libéral	38	54	61	34
Libéral et salarié	15	13	19	10
Médecin militaire	1			
Salarié	6	15	21	14
Total général	60	82	101	58

A noter : Baisse des engagements en 2020 en partie expliqué en raison du contexte sanitaire.

❖ Evolution des sorties

Tableau 8 - Evolution des sorties du dispositif

Sorties	2017	2018	2019	2020
Libéral	54	77	37	49
Libéral et salarié	14	28	12	18
Médecin militaire		1		1
Salarié	10	18	11	17
Total général	78	124	60	85

Principaux motifs de sortie 2020 :

- Retraite : 24
- Décision personnelle : 16
- Changement d'activité : 5
- Départ à l'étranger : 3
- Autre / Non renseigné : 11
- Engagés non accrédités : 26

Une grande partie des « engagés » de 2019 n'ont pas réalisé de bilan en 2020.

C. Evolution des bilans depuis 2009

Rappel du cahier des charge HAS des Organismes Agréés

La démarche d'accréditation est une **démarche continue** qui fait l'objet d'un bilan annuel réalisé par le médecin. Ce bilan se fait sur la base des éléments déclarés dans le SIAM.

Les bilans sont analysés à partir d'une procédure et de critères définis par l'OA.

L'OA s'assure que le médecin réalise chaque année un bilan de sa démarche d'accréditation. L'OA examine le bilan réalisé par le médecin, vérifie les informations demandées et peut solliciter, le cas échéant des éléments complémentaires auprès du médecin.

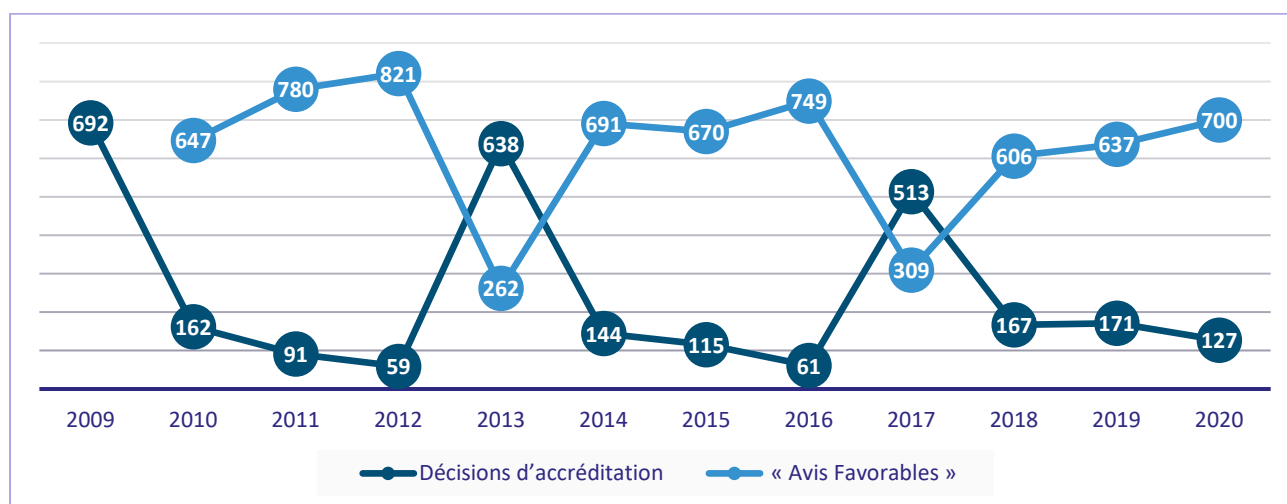
L'accréditation des médecins est délivrée pour une durée de quatre années, sous réserve de satisfaire aux exigences du programme de la spécialité et de réaliser un bilan chaque année.

A défaut, l'accréditation peut être retirée.

Les années, 2009, 2013, 2017 et 2021 marquent les années de renouvellement massif des bilans d'accréditation.

Tableau 9 - Evolution des décisions d'accréditation et des bilans annuel évalués avec « avis favorable » depuis 2009

Type de bilans	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Décisions d'accréditation	692	162	91	59	638	144	115	61	513	167	171	127
« Avis Favorables »		647	780	821	262	691	670	749	309	606	637	700
TOTAL	692	809	871	880	900	835	785	810	822	773	808	827



D. Déclarations d'EIAS en 2020

Rappel des exigences du programme de Chirurgie Viscérale et Digestive :

Chaque accrédité doit procéder à la déclaration de 3 événements indésirables minimum associés aux soins (EIAS) dont au moins 1 ciblé, en privilégiant si possible les situations à risque péri-opératoire : les événements déclarés peuvent se rapporter à un sujet ciblé à l'avance par la spécialité.

❖ Déclarations inter OA depuis 2017

Tableau 10 - Répartition des EIAS déclarés et acceptés par OA

Spécialité	2017	2018	2019	2020	Total général	
Anesthésie Réanimation	856	755	788	842	3241	10%
Cardiologie interventionnelle	17	38	55	68	178	1%
Chirurgie infantile	85	91	78	81	335	1%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	74	90	96	83	343	1%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	1622	1536	1595	1593	6346	19%
Chirurgie plastique	492	353	315	274	1434	4%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	404	386	352	400	1542	5%
Chirurgie urologique	431	347	339	366	1483	4%
Chirurgie vasculaire	644	571	586	551	2352	7%
Chirurgie viscérale et digestive	2445	2439	2456	2565	9905	30%
Echographie fœtale	28	22	28	22	100	0%
Gastro-entérologie interventionnelle	198	204	233	197	832	2%
Gynécologie Obstétrique	1103	999	1087	1168	4357	13%
Neurochirurgie	181	189	195	187	752	2%
ORL - Chirurgie de la face et du cou		14	30	37	81	0%
Radiologie et Imagerie médicale			17	80	97	0%
Total général	8580	8034	8250	8514	33 378	100%

La FCVD a fixé comme objectifs d'une part de maintenir les EIAS ciblées du programme antérieur n'ayant pas fait l'objet d'une étude d'impact après la diffusion de recommandations ou solutions sécurités élaborées par la FCVD

Il s'agit des :

- La SAR 1 : Risques liés à la prise en charge en chirurgie ambulatoire
- La SAR 2 : Défaut dans la continuité des soins durant la prise en charge péri-opératoire du patient.
- La SAR 3, Incidents liés à l'utilisation des sources d'énergies au bloc opératoire, a été introduite pour évaluer l'impact du programme FUSE France ;
- La SAR 4 « reprise chirurgicale non programmée » ;
- La SAR 5 « ré-hospitalisation non programmée ».
- La SAR 6 : Délai supérieur à 6 heures dans la réalisation d'une intervention urgente.
- La SAR 7 : Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (Interspécialité_2010
- La SAR 8 : Incident au cours de la réalisation d'une suture mécanique
- La SAR 9 : Création du pneumopéritoine et introduction du premier trocart pour une coelioscopie.
- La SAR 10 Défaut d'identification du canal cystique lors d'une cholécystectomie.

❖ Déclarations ciblées

En moyenne 67 % des EIAS FCVD relèvent de SAR ciblées.

Tableau 11 - Répartition des déclarations ciblées et non ciblées

Année	Non ciblée	Ciblée
2017	1132	1 311
2018	883	1 553
2019	600	1 854
2020	608	1953
TOTAL	3 223	6 671

Tableau 12 - Répartition des déclarations ciblées 2019 – 2020

Situations à risque	2019	2020
Défaillance de la communication et /ou de la coopération avec les autres	754	715
Reprise chirurgicale non programmée	576	622
Ré-hospitalisation non programmée	143	195
Risques liés à la prise en charge en chirurgie ambulatoire	183	173
Incidents liés à l'utilisation des sources d'énergies au bloc opératoire	158	150
Incident au cours de la réalisation d'une suture mécanique		24
Défaillance dans la prise en charge d'un patient AOD ou AVK		21
Délai supérieur à 6 heures dans la réalisation d'une intervention urgente	8	21
Défaut d'identification du canal cystique lors d'une cholécystectomie		18
Création du pneumopéritoine et introduction du premier trocart pour une coelioscopie		14
Défaillance dans la prise en charge d'un patient AOD ou AVK - Interspecialite2010	7	
Défaut dans la continuité des soins durant la prise en charge péri-opératoire du patient	6	
Retard ou défaut de transmission d'informations jugées critiques	19	

❖ Niveaux de gravité et évitabilité

Les conséquences constatées sont les conséquences réelles relevées au moment de la déclaration.

La gravité est appréciée sur une échelle relative de 1 à 5.

- **Niveau 1 mineur** : EIAS qui entraîne désagrément, inconfort ou insatisfaction du patient sans modification sur la prise en charge initiale du patient.
- **Niveau 2 significatif** : EIAS qui impacte le patient sans mise en jeu de sa sécurité et sans interrompre sa prise en charge initiale.
- **Niveau 3 majeur** : EIAS qui nécessite une prise en charge spécifique ou une surveillance accrue sans pour autant interrompre la prise en charge de la pathologie initiale, ou prolonger l'hospitalisation de plus de 48 heures.
- **Niveau 4 et 5 dit critique à catastrophique** : La prise en charge de l'EIAS prend le dessus sur la prise en charge de la pathologie initiale. La prise en charge initiale doit être reportée. Pour le niveau 4, l'EIAS est récupéré finalement avec des conséquences réversibles.

La sous-estimation des niveaux de gravité des conséquences de l'EIAS a été soulevée lors des analyses de la base REX menées en 2019 et 2020.

À la suite de ce constat, les experts ont été sensibilisés à ce problème et peuvent être amenés à corriger cette donnée.

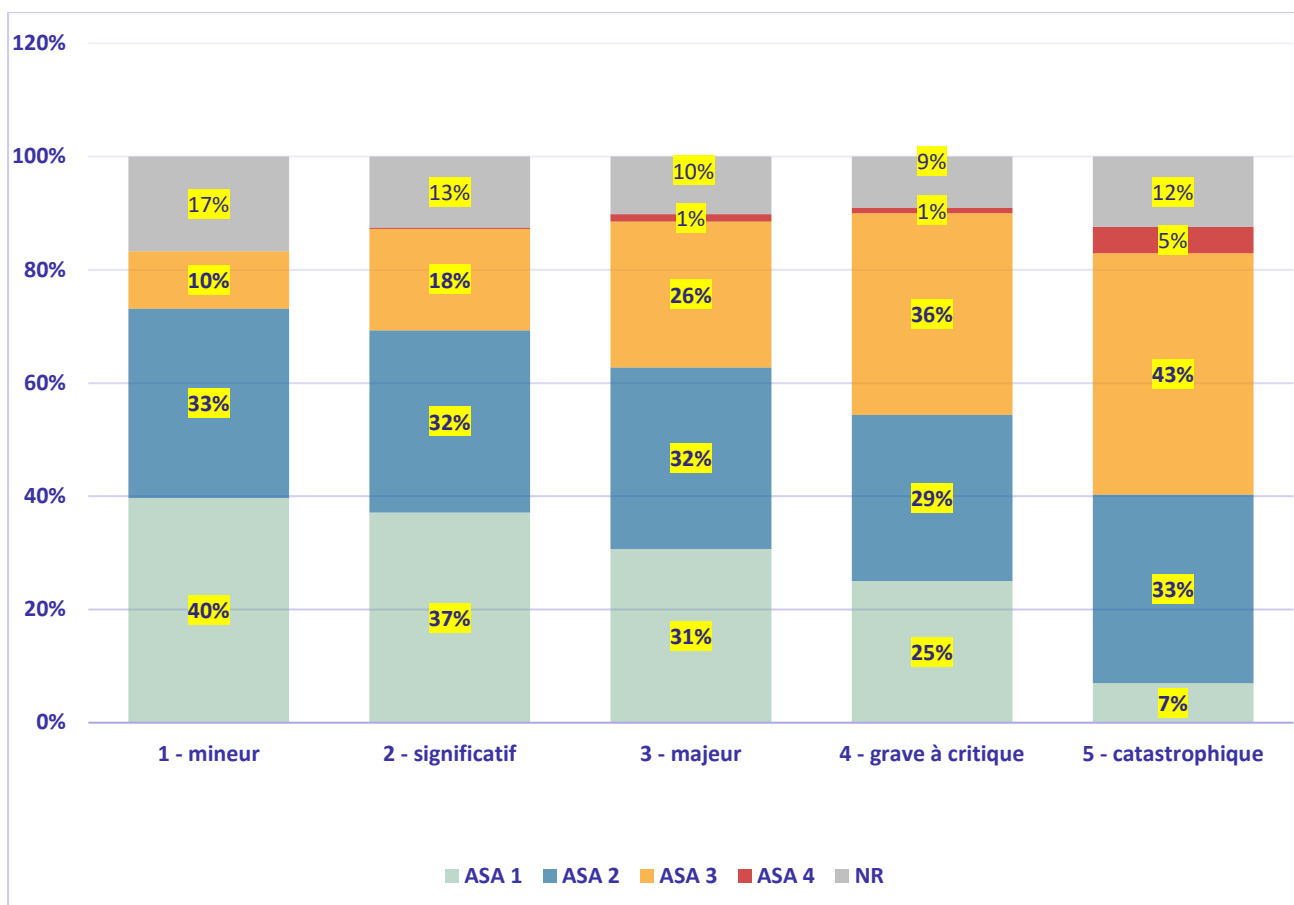
On observe ainsi une forte baisse des EIAS « Niveau 1 – Mineur » entre 2019 et 2020.

Tableau 13 – Evolution des niveaux de gravités déclarés en 2019 et 2020

Quel était le niveau de gravité des conséquences de l'EIAS déclaré ?	2019		2020	
1 - mineur	852	35%	436	17 %
2 - significatif	743	30%	838	33 %
3 - majeur	568	23%	838	33 %
4 - grave à critique	187	8%	320	12 %
5 - catastrophique	104	4%	129	5 %

Tableau 14 - Niveaux de Gravité et Score ASA déclaré (2020)

Score ASA	1 Mineur	2 Significatif	3 Majeur	4 Grave à critique	5 Catastrophique
• ASA 1	173	311	257	80	9
• ASA 2	146	270	269	95	43
• ASA 3	44	150	216	114	55
• ASA 4	0	2	11	3	6
• NR	73	105	85	28	16
TOTAL	436	838	838	320	129



Caractère évitable de l'évènement :

Le caractère évitable d'un évènement peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'évènement (ENEIS).

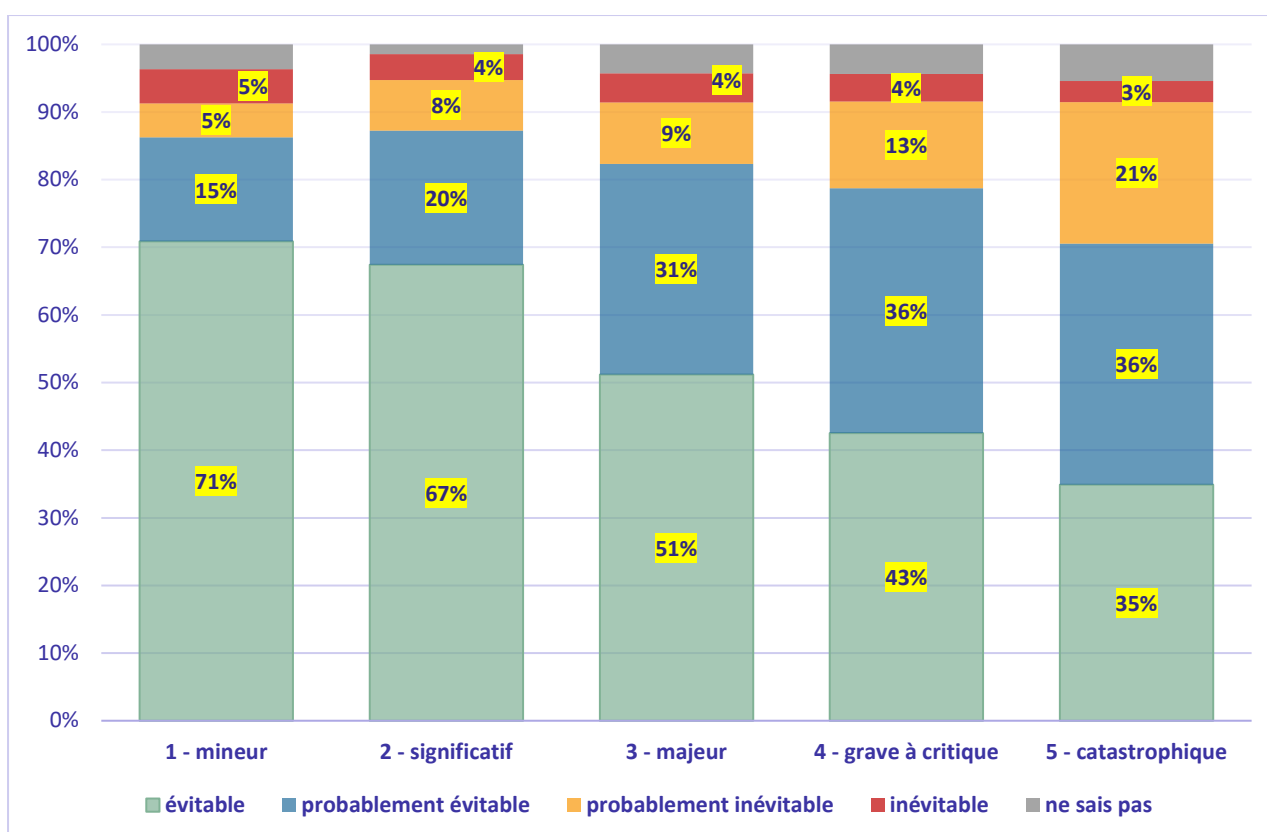
La nature évitable d'un évènement doit déboucher sur la mise en place d'actions visant à l'empêcher de se reproduire et/ou à maîtriser les conséquences.

Tableau 15 - Evolution de l'appréciation du caractère évitable entre 2019 et 2020

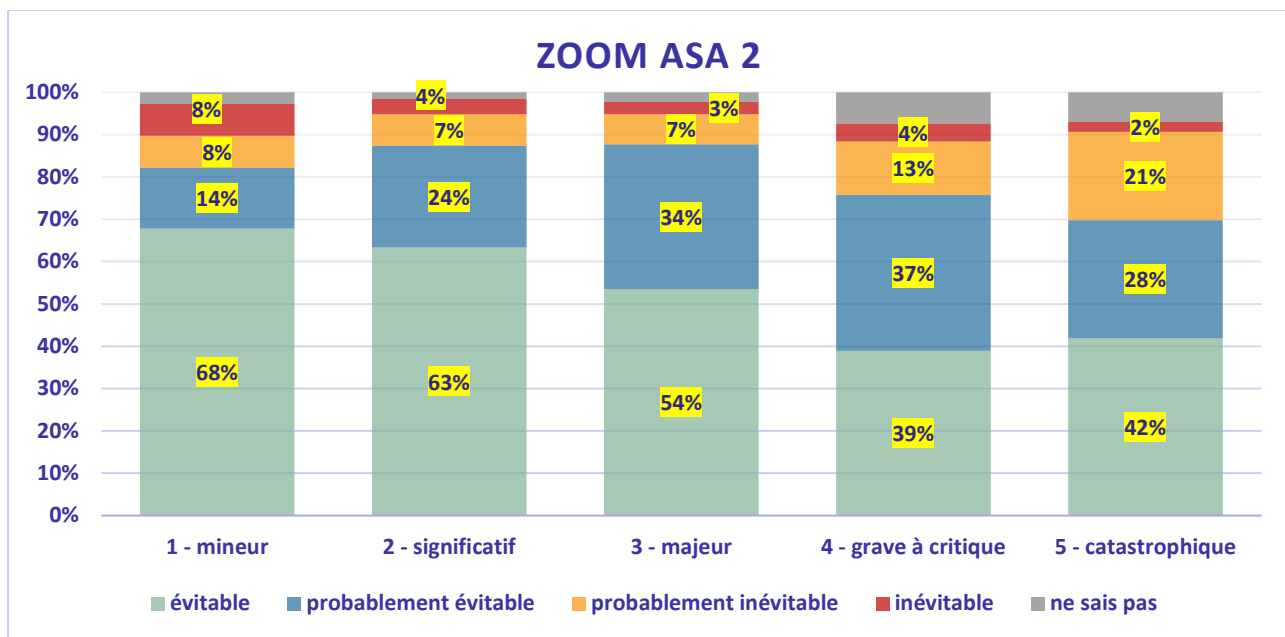
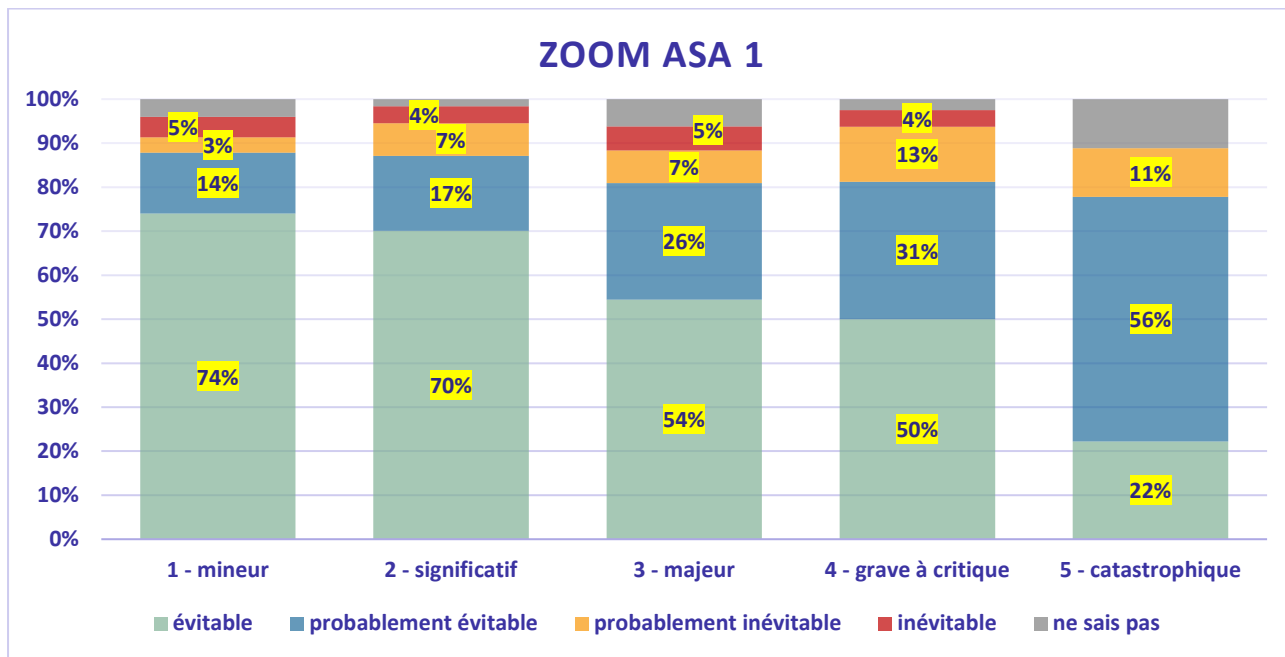
Caractère évitable de l'évènement	2019		2020	
- Évitable	1539	63%	1484	58 %
- Probablement évitable	564	23%	656	26 %
- Probablement inévitable	183	7%	229	9 %
- Inévitable	100	4%	107	4 %
- Ne sais pas	68	3%	85	3 %

Tableau 16 - Evitabilité et Niveaux de Gravité (2020)

BASE 2020	1 Mineur	2 Significatif	3 Majeur	4 Grave à critique	5 Catastrophique
Évitable	309	565	429	136	45
Probablement évitable	67	166	261	116	46
Probablement inévitable	22	63	76	41	27
Inévitable	22	32	36	13	4
Ne sais pas	16	12	36	14	7
Total général	436	838	838	320	129



Focus réalisé sur l'évolution des scores de gravités / évitabilité en fonction des scores ASA 1 et 2.



❖ Identification des causes profondes

Après analyse, quelles sont les causes qui ont contribué à la survenue de l'événement ?

Pas d'évolution majeure entre 2019 et 2020.

	2019	%	2020	%
Liées au patient	1158	47%	1269	50%
Liées aux tâches à accomplir	1226	50%	1177	46%
Liées à l'individu soignant	1151	47%	1212	47%
Liées à l'équipe	1389	57%	1245	49%
Liées à l'environnement de Travail	916	37%	851	33%
Liées à l'organisation et management	606	25%	524	20%
Liées au contexte institutionnel	159	6%	247	10%

❖ Communication de l'évènement

L'événement a-t-il fait l'objet d'une information/communication ?

Communication autour des EIAS	2019	2020
Au sein de l'équipe	2 224 (91 %)	2 218 (87 %)
En RMM	750 (30 %)	707 (28 %)
Au sein de l'établissement	1 041 (42 %)	942 (37 %)
A l'ARS	41 (2 %)	33 (1 %)
A d'autres institutions	74 (3 %)	90 (4 %)
Le patient a été informé	1 785 (73 %)	1 952 (76 %)

E. Délais de traitements – SIAM 2

Délais moyen de traitement d'une demande d'engagement : **0 jour**

Tableau 17 - Délais moyen (en jours) de traitement des bilans – Rapport HAS

Traitement des bilans	2020	2019
Délai à l'état « Complément demandé » Imputable au médecin	12.7	21.41
Délai à l'état « Information contradictoire » Imputable au médecin	0	0
Délai à l'état « Transmis » Imputable à l'Expert	-4.81	-11.88
Délai moyen de traitement	7.89	9.52
Nombre de bilans	848	793

Tableau 18 - Délais moyen (en jours) de traitement des déclarations d'EIAS - Rapport HAS

Traitement des EIAS	2020	2019
Délai à l'état « Complément demandé » Imputable au médecin	0.47	0.34
Délai à l'état « Transmis » Imputable à l'Expert	5.73	8.46
Délai moyen de traitement	6.2	8.79
Nombre de déclaration d'événements	2263	2226

F. Questionnaires d'autoévaluation SIAM 2

❖ Résultats des questionnaires de renouvellement d'accréditation

A l'issue de la première année d'engagement puis lors des bilans d'accréditation suivants, le médecin remplit un questionnaire d'autoévaluation à l'accréditation.

Résultats des 127 questionnaires complétés dans le cadre des bilans d'accréditation 2020

Année de naissance	%
1940	2%
1950	6%
1960	24%
1970	34%
1980	34%

Participation à des actions DPC	NB	%
Avec un organisme autre que la FCVD	46	36%
Participation à une Journée Nationale	69	54%
Participation à une Réunion Régionale	91	72%
Participation à un DPC de Société savante	99	78%

Considérez-vous les actions d'analyse des pratiques professionnelles (APP) comme :	NB	%
Un outil d'amélioration des pratiques	114	90%
Une opportunité de souder l'équipe pluri-professionnelle	55	43%
Une contrainte supplémentaire	17	13%
Une exigence légale sans intérêt	1	1%

Avez-vous mis en place une méthode d'évaluation QUANTITATIVE et QUALITATIVE de votre activité en routine ?	NB	%
Analyse PMSI	23	18%
Fichier personnel de morbi-mortalité	51	40%
Registre professionnel	26	20%
Surveillance mise en place par l'établissement	75	59%

Les membres de l'équipe avec laquelle vous travaillez connaissent-ils votre engagement dans l'accréditation ?	NB	%
Non	10	8%
Oui	117	92%

L'informatisation de VOS DOSSIERS MEDICAUX PERSONNELS :	NB	%
Ne vous pose pas de problèmes	112	88%
N'est pas en place dans votre pratique	9	7%
Est une source de risque	6	5%

L'informatisation des dossiers médicaux AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT :	NB	%
Ne vous pose pas de problème	97	76%
Pose un problème de compatibilité avec vos dossiers personnels	14	11%
Est une source de risque	9	7%
N'est pas en place dans votre établissement	7	6%

Parmi ces Solutions Sécurité Patients (SSP) laquelle a eu le **plus** d'impact sur votre pratique :

	NB	%
Gestion des risques associée à l'utilisation du bistouri électrique	47	37%
Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens	24	19%
Chirurgie ambulatoire viscérale et digestive	17	13%
Risque biliaire et défaut d'identification du canal cystique	17	13%
Gestion des risques associés à la chirurgie de l'obésité	10	8%
Gestion des risques associés aux sutures mécaniques digestives	8	6%
Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine	4	3%

Parmi ces Solutions Sécurité Patients (SSP) laquelle a eu le **moins** d'impact sur votre pratique :

	NB	%
Gestion des risques associés à la chirurgie de l'obésité	31	24%
Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine	26	20%
Gestion des risques associés aux sutures mécaniques digestives	19	15%
Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens	18	14%
Risque biliaire et défaut d'identification du canal cystique	12	9%
Gestion des risques associée à l'utilisation du bistouri électrique	11	9%
Chirurgie ambulatoire viscérale et digestive	10	8%

Comment jugez-vous vos relations avec votre expert :	NB	%
Contributives et pédagogiques	66	52%
Excellentes et indispensables	49	39%
Strictement fonctionnelles	11	9%
Inexistantes	1	1%

Que vous a apporté l'accréditation :	NB	%
Amélioration de la culture sécurité	113	89%
Amélioration des pratiques	92	72%
Actualisation des connaissances professionnelles	76	60%
Amélioration de l'esprit d'équipe	31	24%
Compagnonnage	25	20%
Intérêt Financier, prise en charge de la RCP par le CPAM	1	1%

Quel est le niveau de votre satisfaction globale relative à la démarche d'accréditation ?	NB	%
Satisfait(e)	80	63%
Très satisfait(e)	38	30%
Moyen	7	6%
Insatisfait(e)	2	2%

Quel est le niveau de votre satisfaction globale relative à l'utilisation du SIAM 2 ?	NB	%
Satisfait(e)	90	71%
Très satisfait(e)	23	18%
Moyen	14	11%

❖ Analyse des questionnaires préalables à l'engagement :

Chaque « médecin candidat » à l'accréditation remplit un questionnaire d'autoévaluation à l'engagement concernant son activité et les caractéristiques du ou des établissements dans le(s)quel(s) ils exercent.

Résultats des 56 questionnaires complétés dans le cadre des demandes d'engagement 2020

Année de naissance	%
1950	4%
1960	16%
1970	38%
1980	43%

Champs d'activité	NB / %	
Chirurgie viscérale et digestive	56	100%
Chirurgie des parois de l'abdomen	53	95%
Chirurgie oncologique, éventuellement élargie aux organes de voisinage	51	91%
Chirurgie d'urgence chez l'adulte	51	91%
Chirurgie générale de l'adulte	48	86%
Chirurgie de l'obésité morbide	25	45%
Chirurgie des organes hématopoïétiques	21	38%
Chirurgie endocrinienne	19	34%
Chirurgie générale de l'enfant	15	27%

Dans combien d'établissements exercez-vous ?	NB	%
• 1	44	79%
• 2	9	16%
• > 2	3	5%

Combien de praticiens en CVD participent à la continuité des soins pour vos patients	NB	%
• 1	5	9%
• 2	7	13%
• 3	14	25%
• >3	30	54%

	OUI	NON
Avez-vous été impliqué dans la certification de votre établissement ?	45%	55%
Votre établissement a-t-il un service d'accueil d'urgence agréé ?	70%	30%
Votre établissement a-t-il un scanner accessible H 24 ?	89%	11%
Votre établissement a-t-il une autorisation en chirurgie oncologique digestive ?	84%	16%
Votre établissement est-il labellisé en chirurgie bariatrique ?	52%	48%

Part de chirurgie ambulatoire :	Pariétal	Biliaire	Autre
➤ < 50 %	21 %	27 %	59 %
➤ Entre 50 et 75 %	21 %	23 %	34 %
➤ > 75 %	57 %	50 %	7 %

	OUI	NON
Avez-vous le sentiment de travailler en équipe ? AU BLOC :	96 %	4 %
Avez-vous le sentiment de travailler en équipe ? HORS BLOC :	91 %	9 %
Etes-vous entré dans un protocole RAC ?	71 %	29 %
Connaissez-vous le document validé par la HAS concernant les relations anesthésistes chirurgiens ?	61 %	39 %

Dans les 24 derniers mois avez-vous :	OUI	NON
Participé à des réunions pluri professionnelles, quel qu'en soit le motif, au sein de votre établissement ?	95 %	5 %
Signalé un événement relevant d'une vigilance ?	53 %	47 %
Signalé un EIAS/EIG survenu dans votre établissement ?	45 %	55 %
Participé à une RMM pluri professionnelle ?	82 %	18 %
Mis en oeuvre un plan d'action issu d'une RMM ?	61 %	39 %
Eu une mise en cause (conciliation, lettre du conseil de l'ordre, plainte, autre) ?	29 %	71 %
Fait une analyse de votre pratique professionnelle (APP) ?	16 %	84 %
Fait une action de DPC ?	46 %	54 %

Les personnes avec qui vous travaillez vous demandent-elles des informations sur le devenir des patients que vous avez opéré ?	NB	%
➤ Parfois	14	25%
➤ Régulièrement	42	75%
➤ Jamais	0	-

Considérez-vous que la communication d'information au sein de votre établissement est :	NB	%
➤ Optimale	5	9%
➤ Bonne	47	84%
➤ Médiocre	3	5%
➤ Catastrophique	1	2%

Faculté d'obtention thèse médecine	NB	%
➤ Algérie – Alger, Constantine	3	5 %
➤ Argentine – Rosario	1	2 %
➤ Belgique – Bruxelles	1	2 %
➤ Brésil – Sao Paulo	2	4 %
➤ France	35	63 %
○ Paris	7	
○ Amiens	5	
○ Bordeaux	5	
○ Montpellier	4	
○ Lille	3	
○ Autre	11	
➤ Italie – Catane, Milan, Rome	5	9 %
➤ Maroc – Casablanca	1	2 %
➤ Roumanie - Cluj-Napoca	2	4 %
➤ Syrie - Damas	4	7 %
➤ Togo – Lomé	1	2 %
➤ Tunisie – Monastir	1	2 %

G. Accréditation en équipe pluridisciplinaire

Projet interrompu en 2020 en raison du contexte sanitaire.

Reprise prévue en 2021.

III. Valorisation des données issues du dispositif d'accréditation

A. Enquête de pratique

❖ Enquête « cancer du côlon » 2020

Dans le cadre de la Journée Nationale 2020 – 2021 dont le thème est « **Gestion des risques associés à la prise en charge des cancers du côlon** » une enquête de pratique a été mise en ligne sur le site de la FCVD. Les résultats de l'enquête seront exposés lors de la Journée Nationale qui se déroulera le samedi 26 juin 2021.

❖ Enquête « COVID-19 »

Afin de témoigner la présence de la FCVD aux côtés des chirurgiens accrédités dans le bouleversement engendré par la crise sanitaire, la FCVD a diffusé une enquête qui a fait l'objet d'une communication lors de la CRIS du 21 novembre 2020.

❖ Résultats

	Enquêtes 2020		Enquête 2019	Enquête 2018
Thèmes	COVID	Côlon	Communication	Reprises non programmées
Mise en ligne	28/04/2020	25/12/2019	26/12/2018	09/02/2018
Participants	680	891	790	373

Chaque participant s'est vu remettre une attestation de participation validant une activité pour son bilan d'accréditation.

B. Site internet

❖ Site FCVD :

Utilisateurs	2020	2019
Utilisateurs	13 214	10 549
Pages visitées	44 929	39 671

Ordre	Page	NB	%
1.	/accueil	11 594	25,81 %
2.	/fiches-info-patients/	2 791	6,21 %
3.	/enquete-de-pratique-2020/	1 919	4,27 %
4.	/inscriptions-2020/	1 659	3,69 %
5.	/nouvelles-recommandations-has-matiere-de-diverticulites/	1 475	3,28 %
6.	/evenement/	1 318	2,93 %
7.	/enquete-fcvd-covid-19/	1 311	2,92 %
8.	/actions-de-fcvd/	1 092	2,43 %
9.	/ssp/	994	2,21 %
10.	/covid-19-guide-de-bonnes-pratiques-de-programmation/	732	1,63 %

❖ Campagnes mail FCVD :

Au cours de l'année 2020, 22 campagnes mail ont été envoyées.

CAMPAGNES 2020	
Nb Campagnes	22
Destinataires	34 672
Délivrés	33 079
Désinscriptions	55
Ouvertures	13 057
Total ouvertures	35 051
Total Clic	3 348

❖ Comptabilité

Envoi des appels ou relances de cotisation

Appel / relances de cotisation	
Nb Campagnes	8
Destinataires (cumul)	1 789
Délivrés (cumul)	1 765
Désinscriptions (cumul)	3
Ouvertures	1 221
Total ouvertures	5 954
Total Clic	-

❖ Informations générales et formations

Envoi des lettres d'information, des campagnes d'informations pour les formations DPC, des enquêtes de pratiques, ...

Nb Campagnes	8
Destinataires	32 883
Délivrés	31 314
Désinscriptions	52
Ouvertures	11 836
Total ouvertures	29 097
Total Clic	3 348

C. Programme APOLLO

Registre des réinterventions non programmées en chirurgie viscérale et digestive

❖ Activité depuis 2012

Nb de participants	337	% participants actifs	61,42 %
Nb de dossiers	754	% dossiers complets	92,44 %

❖ Activités 2020

	2020		2019	
Nombre total de RNP	49		57	
Nombre total de RNP présentée en RMM	6	12,2 %	8	14 %
Nombre de RMM ayant abouti à des actions de correction	1	16,7 %	3	37,5 %

D. Participations aux travaux de la HAS

La FCVD a été sollicité pour participer à l'élaboration d'une SSP interspécialité sur les « **Situations tunnelisantes** » en tant que co-promoteur.

Concernant le thème, pour rappel chaque co-promoteur de SSP a pour missions de :

- Produire les résultats d'analyse de la base REX de sa spécialité (nombre d'EIAS et analyse, identification des causes...).
- Réaliser une analyse de la littérature scientifique sur le sujet (travail collaboratif des promoteurs). Le service documentation de la HAS assistera, si besoin, à la recherche d'articles publiés à l'échelle nationale et internationale sur le sujet, à partir de mots clés que les promoteurs auront communiqués.
- Participer activement, dans la seconde étape, au groupe de travail dédié à l'élaboration de la SSP en désignant 2 à 3 membres qui réaliseront une déclaration publique d'intérêts.

Les membres représentant la FCVD dans ce groupe de travail sont :

- Denis BLAZQUEZ
- Constantin ZARANIS
- Alain DELEUZE

E. Analyse de la base de retour d'expérience

En 2020 les experts de la FCVD ont analysé la Base REX autour des thématiques suivantes :

- EIAS « Prise en charge chirurgicale des cancers du côlon » (599 déclarations analysées)
- EIAS « Check-List » (1 134 déclarations analysées)
- EIAS « COVID » (196 déclarations)
- Déconfinement de la base REX (2016 – 2019)

Pour rappel, les analyses 2019 :

- EIAS ciblés : Retard ou défaut de transmission d'informations jugées critiques / Défaillance de la communication et /ou de la coopération avec les autres professionnels de santé (1206 déclarations analysées)
- EIAS « hospitalisations de courte durée » (90 déclarations analysées)
- EIAS : « Hernie » / niveau de gravité 3, 4, 5 (170 déclarations analysées)
- EIAS « Sutures mécaniques » (267 déclarations analysées)

Actions mises en place pour donner suite à l'analyse de la base REX :

Formation à l'Utilisation des sources d'énergies – E-learning et ateliers pratiques

Suite à l'analyse des EIAS liés à l'utilisation des sources d'énergies au bloc opératoire et à la rédaction de la SSP de type 3 « Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique au bloc opératoire ? », un groupe de travail pour la construction d'un programme obligatoire de formation à la gestion des risques liés à l'utilisation des sources d'énergies au bloc opératoire a été mis en place.

En 2017, le programme FUSE est devenu une action obligatoire à réaliser sur un cycle d'accréditation.

La FCVD a réalisé en 2018 une première étude concernant l'impact de la formation "FUSE" présentée à l'occasion du Congrès annuel de la SAGES à Baltimore en avril 2019 et a fait l'objet d'une publication dans la revue Surgical Endoscopy en avril 2019.

Cette formation théorique peut être approfondie par la participation aux formations « Ateliers Pratiques FUSE ».

L'étude d'impact réalisée a montré une nette amélioration des pratiques après réalisation du programme potentialisée par la réalisation du versant "atelier pratique" de la formation.

Safe Cholecystectomy – La Cholécystectomie en toute sécurité – E-learning

Dans le cadre de la promotion de la SSP (Solution pour la Sécurité du Patient) « Solutions pour la sécurité du patient : gestion des risques de plaies biliaires associés à la cholécystectomie », dont la FCVD est le promoteur, un nouveau programme de e-learning élaboré en collaboration avec la SAGES a été mis en place en 2019-2020.

Ce programme propose une démarche globale d'analyse, d'évaluation et d'acquisition des connaissances à travers la réalisation d'une évaluation des critères de pertinence de la cholécystectomie, l'évaluation de la réalisation du compte-rendu opératoire et le perfectionnement des connaissances sous forme d'un e-learning réalisé en partenariat avec la Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES).

Cette action devient obligatoire sur un cycle d'accréditation à partir de 2020.

F. Communications sur la Base de Retour d'Expérience

- **Gestion des risques de la cure de hernie à l'ère de l'ambulatoire**
 - DPC Réunions régionales 2020
- **Le défaut de standardisation majeure-t-il le risque de complications per et post opératoires ?**
 - DPC SFCE 2020
- **Gestion des risques associés aux défauts de communications**
 - DPC AFC 2020

Pour rappel les communications antérieures :

- **Gestion des risques associés aux défauts de communication dans la prise en charge des patients**
 - DPC Journée Nationale – mars 2019
 - Rédaction d'une synthèse de la Journée Nationale par le Jury présidé par le Professeur Frédéric BORIE
- **Gestion des risques lors des hospitalisations de courte durée**
 - DPC Club Coelio - mars 2019
- **EIG en chirurgie pariétale :**
 - DPC Mesh Club Hernie – juin 2019
 - Thématique choisie pour les réunions régionales de la FCVD en 2020.
- **Analyse de la base REX : analyse quantitative et qualitative des EIAS en rapport avec les anticoagulants (2012 – 2017)**
- **La cholangiographie peropératoire : une assurance qualité – Analyse de la Base REX**
 - DPC AFC – Septembre 2018

IV. Indicateurs de la Formation / DPC

Tableau 19 - Evolution de l'activité DPC depuis 2013

	Programmes	Sessions	Participations
2013	5	9	1115
2014	7	17	1629
2015	11	25	1907
2016	14	34	2074
2017	19	46	1900
2018	19	50	1968
2019	24	60	1 976
2020	25	68	1 417

A. Actualités en 2020

Le contexte sanitaire a été un frein pour l'activité de formation en 2020.

La Journée Nationale initialement prévue le 28 mars 2020 a été reportée au 26 juin 2021.

L'activité a été stoppée de mars à juin puis en octobre et novembre soit un total de 6 mois d'arrêt d'activité. Les réunions régionales ont toutes été repositionnées.

Certains congrès ont dû être annulés.

En 2019 - 2020, dans le cadre de la promotion de la SSP de type 3 « Solutions pour la sécurité du patient : gestion des risques de plaies biliaires associés à la cholécystectomie » dont la FCVD est promoteur, le programme de formation e-learning « La Cholécystectomie en toute sécurité » est mis en place.

Ce programme a été élaboré en partenariat avec la Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Il est obligatoire pour l'ensemble des accrédités.

B. Les actions de la FCVD

❖ La Journée Nationale FCVD

La FCVD propose, chaque année, une journée nationale sur une thématique spécifique :

- **1^{ère} Journée Nationale** : Gestion des risques – Présentation du dispositif
- **2011 : 2^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques liés à la création du pneumopéritoine et à l'introduction du premier trocart
- **2012 : 3^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques peropératoires associés aux sutures mécaniques digestives
- **2013 : 4^{ème} Journée Nationale** : Les risques biliaires associés à la cholécystectomie
- **2014 : 5^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques péri-opératoires : Qui fait quoi ?
- **2015 : 6^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques en chirurgie digestive ambulatoire
- **2016 : 7^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques liés à l'utilisation des sources d'énergies au bloc opératoire
- **2017 : 8^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques associés à la chirurgie de l'obésité
- **2018 : 9^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques des réinterventions non programmées en chirurgie viscérale et digestive
- **2019 : 10^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques associés aux défauts de communication dans la prise en charge des patients
- **2020 – 2021 : 11^{ème} Journée Nationale** : Gestion des risques associés à la prise en charge des cancers du côlon

	2016	2017	2018	2019	2020
Journée Nationale	304 PS	284 PS	308 PS	332 PS	Report

❖ Les réunions régionales 2020 :

Chaque année, la FCVD s'attache à organiser dans chaque région des réunions basées sur le même programme.

Ces réunions sont l'occasion pour les experts de la FCVD d'échanger avec les praticiens de la spécialité.

L'ensemble des réunions régionales a pu être maintenue malgré les restrictions et les jauges imposées.

- Nombre de réunions : **17**
- Nombre total de participants : **489**
- **Thème : Gestion des risques de la cure de hernie à l'ère de l'ambulatoire**

L'étude de la base REX réalisée en 2019 a permis de recueillir de nombreuses déclarations d'EIAS et de déterminer les différents risques techniques et organisationnels liés à la cure de hernie.

La FCVD dans un objectif de gestion des risques de cette pathologie organisera les réunions régionales 2020 autour de cette thématique, pour sensibiliser les chirurgiens à ces risques minimisés par la notion d'intervention bénigne.

Tableau 20 – Evolution des participations aux réunions régionales depuis 2016

2020	LIB	SAL	TOTAL				
Montpellier	51	3	54				
Toulouse	30	6	35				
Marseille	30	3	33				
Brest	16	-	16				
Bordeaux	27	5	32				
Paris - Printemps	47	3	50				
Nice	19	4	23				
Caen	12	-	12				
Limoges	9	2	11				
Lyon	54	5	59				
Lille	32	8	40				
Bayonne	9	2	11				
Strasbourg	20	8	28				
Besançon	7	0	7				
Paris - Automne	37	-	37				
Angers	18	-	18				
Rennes	18	5	23				
TOTAL			489				
2018	LIB	SAL	TOTAL	2019	LIB	SAL	TOTAL
Montpellier	42	3	45	Montpellier	47	3	50
Toulouse	19	3	22	Toulouse	28	4	32
Marseille	30	3	33	Marseille	35	2	37
Bordeaux	31	9	40	Bordeaux	26	5	31
Limoges	6	2	8	Clermont	5	2	7
Paris	29	4	33	Paris	42	3	45
Strasbourg	7	1	8	Strasbourg	16	4	20
Nice	14	2	16	Nice	27	5	32
Lyon	46	4	50	Lyon	52	3	55
Lille	26	9	35	Lille	34	9	43

Rennes	22	3	25	Rennes	30	7	37
Angers	20	3	23	Angers	26	2	28
Brest	19		19	Dijon	9	1	10
Reims	17	1	18	Bayonne	10	2	12
Paris	46	5	51	Paris	37	4	41
TOTAL			426	TOTAL			480
2016	LIB	SAL	TOTAL	2017	LIB	SAL	TOTAL
Montpellier	44	6	50	Montpellier	46	7	53
Toulouse	32	6	38	Toulouse	27	2	29
Marseille	34	3	37	Marseille	31	0	31
Bordeaux	21	5	26	Bordeaux	27	9	36
CF	12	3	15	CF	7	1	8
Paris	53	2	55	Paris	46	0	46
Strasbourg	20	5	25	Strasbourg	12	2	14
Nice	13	3	16	Nice	18	2	20
Lyon	51	2	53	Lyon	47	4	51
Lille	30	6	36	Lille	35	6	41
Rennes	25	7	32	Rennes	33	3	35
Angers	29	2	31	Angers	26	4	30
Brest	14	0	14	Caen	13		13
			0	Nancy	8	6	16
Paris	45	0	45	Paris	48		55
TOTAL			473	TOTAL			478

❖ Le programme « Safe Cholecystectomy » – E-learning

La cholécystectomie en toute sécurité

Nouveau programme de e-learning mise en place en partenariat avec la SAGES, cette action est obligatoire sur un cycle d'accréditation.

Une analyse d'impact sera effectuée en 2021 auprès des chirurgiens ayant réalisé le programme.

Nombre de sessions : 13

Nombre total de participations 2020 : 257

❖ Le programme FUSE - E-learning

Nombre de sessions : 14

Nombre total de participants :

- **2020 : 193**
- 2019 : 157
- 2018 : 147
- 2017 : 192
- 2016 : 154

Au total **843 participants** ont validé le programme e-learning depuis sa mise en place.

❖ Le programme FUSE - Pratique :

Les ateliers FUSE ont été difficiles à maintenir en 2020 car la majorité d'entre eux se fait maintenant en intra établissement.

Les sessions prévues ont été repoussées.

2020		2019		2018		2017	
Aix en Provence	10	Limoges	24	Montpellier	14	Paris	11
Paris	15	Paris	20	Paris	21	Rennes	34
Perpignan	29	Paris	12	Dijon	9	Nancy	7
		Lille	11	Marseille (CERC)	45	Rouen	18
		Dunkerque	22	St Brieuc	21		
		Mougins	16	Strasbourg	5		
		Toulouse	14	Toulouse	14		
		Nancy	13	Toulouse	16		
		Orléans	19	Bayonne	10		
		Pointe à Pitre	20	Carcassonne	10		
		Fort de France	23				
Total – 2020	54	Total - 2019	194	Total - 2018	165	Total - 2017	70

Au total en 2020, 246 PS ont participé à des formations FUSE (e-learning / pratique).

❖ DPC - Programme Apollo

Le programme Apollo a été déposé en DPC en 2020.
Au total 6 participations ont été validées en 2020.

❖ Gestion des risques – Formation engagés

Intervenants	Dates	Lieux	Participants
Blazquez, Deleuze, Gravié, Millat Pinto	01/02/2020	Paris	10
	26/09/2020	Paris	10
	10/10/2020	Toulouse	11
	21/11/2020	Paris	16
Deleuze, Gravié, Millat	09/02/2019	Paris	23
	13/04/2019	Toulouse	17
	18/05/2019	Paris	11
	23/11/2019	Paris	28

En 2020, on enregistre un total de 1 046 participations à des actions DPC FCVD.

C. Les actions des sociétés savantes et partenaires

Le Conseil National Professionnel de chirurgie viscérale et digestive a indiqué à l'ensemble de ses membres que la FCVD est l'organisme de DPC privilégié pour l'ensemble de ses membres.

En collaboration avec les Sociétés Savantes, membres de la fédération, et des partenaires universitaires, la FCVD organise des sessions de DPC :

2020			
FCVD – SFCE Standardisation des procédures et maîtrise du risque	44 <i>Participants</i>	25/01/2020	Marseille
FCVD – Journée de Chirurgie de l'Hôpital Saint Antoine La RAAC en chirurgie digestive	28 <i>participants</i>	27/01/2020	Paris
FCVD – DPC Association Française de Chirurgie AFC	40 <i>participants</i>	04/09/2020	Paris
FCVD – SOFFCO.MM - Chirurgie bariatrique : Gestion des risques pour les nouveaux installés, gestion des complications chroniques	102 <i>participants</i> Dont 19 de FC	05/09/2020	Paris
FCVD – Club Coelio Les complications de la chirurgie bariatrique	29 <i>participants</i>	10/09/2020	Le Havre
DPC FCVD - SFCD Cure de hernie et d'événtration de la paroi abdominale	64 <i>participants</i>	20/11/2020	Classe virtuelle
DPC FCVD – ACHBT Prise en charge des métastases hépatiques synchrones de cancer colorectal	64 <i>participants</i>	20/11/2020	Classe virtuelle

Au total, 371 participants ont pu bénéficier des programmes de formations des partenaires de la FCVD.

D. Bilan de l'activité de formation

Au total en 2020 : 1 417 participations à des programmes de formation / DPC de la Fédération ont été enregistrées.

V. Bilan et perspectives 2021 - 2022

A. Vie administrative

Au 1^{er} janvier 2021, la FCVD s'est dotée d'une équipe administrative salariée pour 2,8 ETP :

- 1 ETP : Direction Administrative
- 1 ETP : Responsable Administrative et Financière
- 0.8 ETP : Secrétariat

Au 1^{er} septembre, le poste de secrétariat passera à temps plein.

Par ailleurs, un autre recrutement est envisagé pour 1 ETP de « chargé de mission communication – Web ».

B. Accréditation & Formation

❖ Analyse de la Base REX

La FCVD souhaite proposer une analyse « en continue » de la base de retour d'expérience par les experts FCVD.

Cette analyse serait ensuite communiquée aux accrédités afin de leur proposer un retour et une analyse régulière de leurs déclarations.

❖ Accréditation en équipe

L'accréditation en équipe mono disciplinaire est inscrite au même titre que la démarche individuelle dans le décret fixant les modalités de l'accréditation des médecins dans les spécialités à risque (Art. D. 4135-1. - L'accréditation prévue par l'article L. 4135-1 est délivrée aux médecins ou aux équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissement de santé qui ont pendant une période d'une durée de douze mois, pour les médecins engagés pour la première fois dans l'accréditation, et de quatre ans, pour le renouvellement de l'accréditation).

L'HAS depuis quelques années incite les organismes d'accréditation à promouvoir l'accréditation en équipe. Les anesthésistes réanimateurs, les gynécologues obstétriciens, les gastroentérologues ont adhéré à ce concept.

La FCVD et Orthorisq (orthopédie) considèrent que l'accréditation d'équipe d'une même spécialité n'apporte pas de bénéfice par rapport à l'accréditation individuelle, qui est basée au départ sur le travail en équipe. La crainte est même de voir diminuer la qualité de la démarche. Ces deux organismes d'accréditation sont plutôt favorables à une accréditation multidisciplinaire débutant par une accréditation anesthésiste chirurgien pour répondre à la SSP anesthésiste chirurgien.

L'accréditation multidisciplinaire n'est pas mentionnée dans le décret initial. L'HAS propose une expérimentation pour juger de la faisabilité. La FCVD participe à cette expérience qui pour l'instant se heurte à un certain nombre de problèmes techniques.

❖ Analyse de la Base REX et réunions régionales

- Réunions régionales 2021 : Evitabilité

Le principe même de la gestion des risques dans la démarche d'accréditation repose sur le retour d'expérience par la déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Ce retour d'expérience et l'analyse qui en découle ont pour but de trouver des barrières de prévention pour supprimer le risque, des barrières d'atténuation et de récupération lorsque l'événement s'est produit.

Au fil des années cette notion d'évitabilité préventive ou « curative » est moins bien comprise dans certaines déclarations qui relèvent d'un aléa sur lequel il est difficile de trouver des solutions. A partir des thèmes retrouvés dans la base REX la réunion régionale reviendra après plus d'une décennie sur les fondamentaux de la déclaration en matière de gestion des risques.

❖ Développement de l'offre de formation en 2021

- Réunions Régionales :

Possibilité de créer des formations e-learning à partir des réunions régionales des années précédentes en se servant des diaporamas finalisés et en écrivant des textes afin de les sonoriser.

- Journées Nationales :

Possibilité également de monter les vidéos afin de créer des e-learning à partir des présentations et recommandations issues des Journée nationales précédentes.

VI. Annexes

A. Réunions Régionales 2020

❖ Groupe de travail :

- **Chirurgien général**
 - Docteur DELEUZE Alain
 - Docteur GILLION Jean-François
 - Docteur GRAVIE Jean-François
 - Professeur GUGENHEIM Jean
 - Docteur MAIGNE Christian
 - Professeur MATHONNET Muriel
- **Chirurgien viscéral et digestif**
 - Docteur BLAZQUEZ Denis
 - Professeur BORIE Frédéric
 - Docteur COSSA Jean-Pierre
 - Docteur FROMONT Gérard
 - Professeur MILLAT Bertrand
 - Docteur PINTO Philippe
 - Docteur ZARANIS Constantin

❖ Phase 1 : Audit Clinique

Consultation du chirurgien - Prise en charge des Hernies en Ambulatoire
Evaluer et mesurer la prise en charge des hernies

❖ Phase 2 : Formation continue - Gestion des risques de la cure de hernie

Prévention, détection et prise en charge des complications de chirurgie de la hernie

Titres	
	Introduction
1	Faut-il opérer toutes les hernies : pertinence de l'acte
2	Ambulatoire et gestion des anticoagulants et des antiplaquettaires *
3	EIG en chirurgie herniaire *
4	Les nouveautés en 2019 : recommandations de l'EHS, erreurs de côté et marquage, NO GO
5	Les situations pré-opératoires particulières : (pertinence de l'indication et de la technique)
5.1	<i>Hernie inguinale après prostatectomie radicale ?</i>
5.2	<i>Hernie inguinale non compliquée et douloureuse</i>
5.3	<i>Hernie inguinale asymptomatique</i>
6	Les échecs de l'ambulatoire et les réadmissions à 30 jours après cure d'une hernie inguinale en ambulatoire : expérience du Club Hernie
7	Voie antérieure vs coelioscopique : douleurs chroniques et autres, complications
9	Présentation des fiches d'information pré-opératoire des cures de hernies de l'aine et des CRO-types des différentes techniques de réparation herniaire : Licht, TAPP, TEP, TIP.
10	Présentation du registre du Club Hernie et des critères de saisie avec modalités de validation de cette nouvelle APP : intervalle de saisie, rentrée prospective des patients.

* (Communication comportant une analyse des données issues de la base de Retour d'expérience – Base REX)

B. Formations Gestion des Risques – Engagés

❖ Groupe de travail :

- **Chirurgien général**
 - Docteur DELEUZE Alain
 - Docteur GRAVIE Jean-François
 - Docteur MAIGNE Christian
- **Chirurgien viscéral et digestif**
 - Docteur BLAZQUEZ Denis
 - Professeur MILLAT Bertrand
 - Docteur PINTO Philippe

❖ Matinée :

I. Introduction : de la gestion des risques à l'accréditation et demain à la certification

- Présentation de la FCVD (Fédération De Chirurgie Viscérale Et Digestive)
- Présentation du CNP (Conseil National Professionnel)

II. La déclaration des évènement Indésirable Associés aux Soins (EIAS)

- Définition des EIAS (Evènements Porteurs de Risques, EIAS ciblé, EIG)
- Comment déclarer : Un EIAS destiné à la Base REX
- Comment analyser un EIAS
- La grille ALARM
- L'analyse professionnelle

III. L'analyse du risque : La Base de Retour d'Expérience

Présentation, Analyse, Relation EIAS-RMM

❖ Après-Midi :

IV. Identification et analyse du risque : APP-EPP (Analyse Des Pratiques Professionnelles)

- Définition
- Les différentes actions d'APP : Audits de clinique, Revue Morbi Mortalité Chemin clinique, Registre

V. La prévention du risque : Les Solutions Sécurité Patient (SSP recommandations FCVD)

- Solutions pour la Sécurité du Patient – Type 3
 - Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?
 - No Go au bloc opératoire : comment renforcer les barrières de sécurité ?
 - Comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ?
 - Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ?
 - Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe
- Solutions pour la Sécurité du Patient – Type 1
 - Gestion des risques associés aux sutures mécaniques digestives au bloc opératoire
 - Risque biliaire et défaut d'identification du canal cystique
 - Chirurgie ambulatoire viscérale et digestive

VI. Le DPC développement professionnel continu

- Les exigences
- Les modalités de réalisation

VII. Le bilan d'accréditation

- Les exigences
- Modalités de fonctionnement
- Comment réaliser son bilan d'accréditation

VIII. Questions des participants

IX. Conclusions

C. E-learning – « Safe Cholecystectomy »

❖ Groupe de travail

- **Chirurgien général**
 - Docteur DELEUZE Alain
 - Docteur GRAVIE Jean-François
 - Professeur GUGENHEIM Jean
 - Professeur MATHONNET Muriel
- **Chirurgien viscéral et digestif**
 - Docteur BLAZQUEZ Denis
 - Professeur BORIE Frédéric
 - Professeur MILLAT Bertrand
 - Docteur PINTO Philippe
 - Docteur ZARANIS Constantin

❖ Phase 1 : Audit Clinique

Pertinence de la cholécystectomie

Compte Rendu Opératoire de la cholécystectomie

❖ Phase 2 : Formation continue - La cholécystectomie en toute sécurité

Module 1 : Introduction
Module 2 : Anatomie
Module 3 : Evaluation pré-opératoires
Module 4 : Voie d'abord / Création du pneumopéritoine
Module 5 : Principes de la dissection
Module 6 : Identification de l'anatomie biliaire
Module 7 : Cholangiographie per-opératoire et autres techniques d'imagerie
Module 8 : Cholécystectomies difficiles
Module 9 : Diagnostic et traitement d'une plaie biliaire
Module 10 : Prise de décision en situation critique : les barrières, les solutions de repli, cholécystectomie subtotal
Module 11 : Soins post opératoires
Module 12 : Les erreurs en résumé

D. E-Learning FUSE

❖ Composition du groupe de travail du programme FUSE :

❖ Ph Marre - Chirurgien	Académie
❖ M Mathonnet - Chirurgien	CNP.CVD
❖ B Millat - Chirurgien	FCVD
❖ A Deleuze - Chirurgien	FCVD
❖ JF Gravié - Chirurgien	FCVD
❖ J Gugenheim – Chirurgien	FCVD
❖ M Karam - IBODE	UNAIBODE
❖ S Berdah - Chirurgien	CERC
❖ D Foissin – Sage-Femme	MATERMIP
❖ L BOY – Pharmacie hospitalière	FCVD

❖ Formation continue

- Module 1 : Principes fondamentaux de l'électrochirurgie : Obligatoire
- Module 2 : Mécanismes et mesures de prévention des accidents électriques : Obligatoire
- Module 3 : Instruments mono polaires : Obligatoire
- Module 4 : Instruments bipolaires : Obligatoire
- Module 5 : Système d'ablation par radiofréquence (ARF) : Obligatoire
- Module 6 : Dispositifs endoscopiques : facultatif
- Module 7 : Instruments à ultrason : Obligatoire
- Module 8 : Instruments à micro-ondes : facultatif
- Module 9 : Utilisation de l'énergie en chirurgie pédiatrique : facultatif
- Module 10 : Interférences des unités électro chirurgicales avec les autres dispositifs médicaux au bloc opératoire : Obligatoire

E. Ateliers FUSE

❖ Groupe de travail

- A Deleuze
- JF Gravié

❖ Phase 1 : Audit clinique « Prévention des incidents liés à l'utilisation du bistouri électrique au bloc opératoire

❖ Phase 2 : Formation Continue Sources d'énergies au bloc opératoire

✚ Le risque électrique au bloc opératoire : Retour d'expérience des déclarations des EIAS

✚ Principes généraux de la déclaration des EIAS

✚ Principes généraux des systèmes mono et bipolaire

✚ Principes de réglages des générateurs pour éviter les EIAS

✚ Principes généraux de l'installation du patient au bloc opératoire

✚ Ateliers :

- **Préambule** : Rôle de l'électrode neutre
- **Module 1** : Effets tissulaires des courants électriques HF (manipulations)
- **Module 2** : Dispersion électrique et application à la chirurgie laparoscopique et aux interférences avec d'autres dispositifs électriques (manipulations)
- **Module 3** : La gestion d'un incendie au bloc opératoire (simulation)

✚ Synthèse et débriefing de la session: Mesures élémentaires de sécurité



11^{ème}
JOURNÉE NATIONALE
de la FCVD

**Le Samedi 26 JUIN 2021 de 9h à
17h**

Novotel Paris Tour Eiffel

**GESTION DES RISQUES
ASSOCIÉS
À LA PRISE EN CHARGE
CHIRURGICALE
DES CANCERS DU COLON**

9h00 – 13h00

Introduction

Jean GUGENHEIM

9h10 Risques associés à la prise en charge des cancers du colon – Etat de lieux

Données de la base REX

Alain DELEUZE

Données de la littérature

Frédéric BORIE

Données de l'Assurance Maladie

Eric ECKONG

10h10 Parcours de soins

Où sont les pertes de chances ? (pré - per - post)

Stéphane BERDAH

Qualité d'une RCP dans les cancers du colon

Cécile de CHAISEMARTIN

Impact oncologique des complications post-opératoires

Jérémy LEFEVRE

Situations particulières :

Cancer du colon et métastases hépatiques synchrones

Olivier SOUBRANE

Petites tumeurs - Erreur de site

Julie AGOSTINI

11h30 Les risques de la prise en charge du sujet âgé

Pour l'anesthésiste

Jean-Marc MALINOVSKY

Pour le chirurgien

Gilles MANCEAU

Pour l'oncogériatre

Gaëtan DES GUETZ

12h30 Conférence

14h00 – 17h00

14h00 Innovations organisationnelles et techniques

Seuils & autorisations

Muriel MATHONNET

Le robot dans la chirurgie colique

Alain VALVERDE

Aspects techniques

Jean-François GRAVIE

Avantages et risques liés aux nouvelles énergies

Sutures mécaniques

Reste-t-il des risques oncologiques à la prise en charge
coelioscopique des cancers du colon ?

Christine DENET

Quel accès aux nouvelles thérapies ?

La génétique peut-elle influencer le choix chirurgical ?

Yann PARC

La place des thérapies ciblées et immunothérapies en
digestif

Thierry ANDRE

Les risques des hospitalisations brèves

RAAC

Richard DOUARD

Ambulatoire

Philippe CHASSERANT

G. DPC Journée de Chirurgie Digestive de Saint-Antoine

❖ Groupe de travail

- Professeur BALLADUR Pierre
- Professeur Marc BEAUSSIER
- Docteur CHAFAI Najim
- Docteur COLLARD Maxime
- Docteur HOR Theyv
- Professeur LEFEVRE Jérémie
- Professeur PARC Yann
- Professeur ROMPES Hoel
- Docteur VORON Thibault

❖ 1^{ère} partie : Live chirurgical

❖ 2^{ème} partie :

Déroulé	Titre
14h00 – 14h30	Pré-habilitation avant chirurgie dans le cadre d'un programme de RAAC
14h30 – 14h50	L'anesthésie dans le cadre d'un programme RAAC
14h50 – 15h20	Optimisation du parcours patient en chirurgie colorectale
15h20 – 15h40	Peut-on prédire les complications anastomotiques ?
15h40 – 16h00	Sortie précoce après chirurgie colorectale en pratique
16h30 – 16h50	RAAC ultime en chirurgie colorectale : place de l'ambulatoire
16h50 – 17h10	Modalité de la RAAC en chirurgie Hépatobiliaire
17h10 – 17h30	RAAC en Chirurgie pancréatique ; est-ce vraiment possible ?

H. DPC Société Française de Chirurgie Endoscopique

❖ Groupe de travail

- **Chirurgiens général, Viscéral et Digestif**
 - Docteur Laura BEYER
 - Docteur Alain DELEUZE
 - Docteur Cécile de CHAISEMARTIN
 - Docteur Christine DENET
 - Professeur Jean-Michel FABRE
 - Docteur Jean-François GRAVIE
 - Professeur Jean GUGENHEIM

❖ Phase 1 : Audit Clinique – Check-list

❖ Phase 2 : Formation continue – STANDARDISATION DES PROCEDURES ET MAITRISE DU RISQUE

STANDARDISATION DES PROCEDURES ET MAITRISE DU RISQUE
Introduction
Le défaut de standardisation majore-t-il le risque de complications per et post-opératoires ?
Apprentissage de la standardisation : les outils disponibles
Exemples de standardisation chirurgicale : "La procédure chirurgicale étape par étape"
- <i>Colectomie droite laparoscopique</i>
- <i>La Ta-TME</i>
- <i>Lobectomie gauche laparoscopique</i>
Comment analyser la performance ? (FLS, FES, FUSE)
Standardisation et Rationalisation des dépenses chirurgicales. L'après T2A

I. DPC Club Coelio

❖ Groupe de travail

- Dr Thomas AUGUSTE
- Dr Sylvain AUVRAY
- Dr Thierry DELAUNAY
- Pr Robert CAIAZZO
- Pr Jean CLOSSET
- Dr Hubert JOHANET
- Pr P DECHELOTTE

❖ Phase 1 : Audit Clinique – Prise en charge de la chirurgie bariatrique

❖ Phase 2 : Formation continue : Les complications de la chirurgie bariatrique

Thème	Intervenant
Introduction	Dr Thierry DELAUNAY Dr Sylvain AUVRAY
Complications de la chirurgie bariatrique pour le chirurgien digestif et viscéral	Pr Robert CAIAZZO (Lille)
Complications du Bypass gastrique à long terme	Dr Thomas AUGUSTE (Vannes)
Complications de la sleeve gastrectomie à long terme	Pr Jean CLOSSET (Bruxelles)
Aspect médico-légal des complications de la chirurgie bariatrique	Dr Hubert JOHANET (Cergy Pontoise)
Complications nutritionnelles de la chirurgie de l'obésité	Pr P DECHELOTTE (Rouen)
Conclusion	

J. DPC Association Française de Chirurgie

❖ La cholécystite aiguë lithiasique en pratique

○ Groupe de travail

- Jean-Marc Régimbeau
- Lionel Rebibo
- Charles Sabbagh
- Muriel Mathonnet

○ Phase 1 : Audit Clinique - Pertinence de la cholécystectomie

○ Phase 2 : Formation continue : La cholécystite aiguë lithiasique en pratique

1. Diagnostic positif de la cholécystite aiguë lithiasique, critères de gravité (30 mn)
2. Chirurgie de la cholécystite aiguë lithiasique (30 mn)
3. Drainage/ponction vésiculaire (30 mn)
4. Prise en charge per-opératoire de la cholécystite aiguë lithiasique, place de la Réhabilitation Améliorée (30 mn)
5. Les formes compliquées de la cholécystite aiguë lithiasique, cas clinique (30 mn)
6. La recherche en cours sur Clinical Trials (30 mn)

❖ Prévention, détection et prise en charge des fistules après chirurgie colorectale

○ Groupe de travail

- Charles Sabbagh
- Mehdi Ouaissi
- Bertrand Le Roy
- Muriel Mathonnet

○ Phase 1 : Audit clinique : Fistules anastomoses colorectales

○ Phase 2 : Formation continue :

- I/ Prévention des complications en chirurgie colorectale : que faire avant et pendant la chirurgie ? (45 mn)
(Préhabilitation, Préparation colique, Antibiotique, Vert d'indocyanine)
- II/ Détection des fistules colorectales et colo-anales : quels examens réaliser ? (45 mn) (Biologie, imagerie, rectoscopie)
- III/ Prise en charge des fistules iléo-colique, colo-coliques et colorectales. (45 mn)
- IV/ Prise en charge des fistules colo-rectales basses ou colo-anales. (45 mn)

❖ Gestion des risques associés aux défauts de communication dans la prise en charge des patients

○ Groupe de travail

- DELEUZE Alain
- GRAVIE Jean-François
- BLAZQUEZ Denis
- BORIE Frédéric
- MILLAT Bertrand

○ Phase 1 : Audit clinique : La Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens

○ Phase 2 : Formation continue :

1- Etat des lieux : (60 mn)

- a. Données de la Base REX
- b. Données de la littérature
- c. L'information préopératoire

2- La communication au cours de l'hospitalisation (60 mn)

- a. Communication anesthésiste-chirurgien
- b. Complication postopératoire et communication
- c. Formalisation de la communication dans l'urgence

3- Organisation du parcours post-hospitalier (60 mn)

- a. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation
- b. Surveillance après chirurgie ambulatoire et RAC
- c. Evaluation par les patients de leur qualité de prise en charge

4- Recommandations de la FCVD : Gestion des risques des défauts de communication et solutions d'amélioration pour la sécurité du patient (20 mn)

K. DPC SOFFCO.MM - Chirurgie bariatrique : Complication et installation

❖ Groupe de travail

- **Chirurgiens général, Viscéral et Digestif**
 - Robert Caiazzo
 - Alain Deleuze
 - Jean Gugenheim
 - Simon Msika
 - David Nocca

❖ Phase 1 : Audit clinique : Prise en charge de la Chirurgie de l'Obésité

❖ Phase 2 : Formation continue : Chirurgie bariatrique : Complication et installation

Chirurgie bariatrique : Complication et installation	
	Introduction
A.	Les complications chroniques après chirurgie bariatrique
a	Traitement médical
b	Traitement chirurgical
B	Comment préparer son installation en chirurgie bariatrique
a	Formation, Recommandations, Registres, Labellisation, Centres Référents,
b	Parcours du patient, Equipe pluridisciplinaires

L. DPC ACHBT - Prise en charge des métastases hépatiques synchrones de cancer colorectal

❖ Groupe de travail :

- Jean Baptiste BACHET
- Maxime RONOT
- Mickael LESURTEL
- Christophe LAURENT
- Alain DELEUZE
- Muriel MATHONNET

❖ Phase 1 : Audit Clinique : Prise en charge chirurgicale de la tumeur primitive - cancer du côlon

❖ Phase 2 : Formation continue – Prise en charge des métastases hépatiques synchrones de cancer colorectal

Quelles sont les recommandations du traitement médical (chimiothérapie systématique, chimiothérapie intra-artérielle, immunothérapie) ?

Jean Baptiste BACHET

Quelle place des traitements percutanés des MHS (RFA, Micro-ondes, radio embolisation) ? – 30 mn

Maxime RONOT

Indications & modalités du remodelage hépatique

Mickael LESURTEL

Stratégies de l'exérèse chirurgicale des métastases synchrones ?

Christophe LAURENT

M. DPC SFCD - Chirurgie pariétale : état de l'art en 2020

❖ Groupe de travail :

- Mehdi OUAISSI
- Pablo ORTEGA-DEBALLON
- Guillaume PASSOT
- David MOSZKOWITZ
- Yohan RENARD
- Muriel MATHONNET
- Alain DELEUZE

❖ Phase 1 : Audit Clinique : Consultation du chirurgien - Prise en charge des Hernies en Ambulatoire

❖ Phase 2 : Formation continue – Chirurgie pariétale : état de l'art en 2020

• Introduction

Mehdi Ouaisi (Tours)

• La cure de hernie de l'aine en 2020 : Quelles indications ? Quelle voie d'abord ? Quelle réparation ? Quels soins péri-opératoires ?

Pablo Ortega-Deballon (Dijon)

• Prévention des éventrations : Comment fermer une laparotomie ? Place des prothèses préventives ? Comment prévenir les hernies para-stomiales ?

Guillaume Passot (Lyon)

• La cure d'éventration standard en 2020 : Quelles indications ? Quelle voie d'abord ? Quelle réparation ? Quel drainage ? Quels soins péri-opératoires ?

David Moszkowitz (Colombes)

• Les éventrations difficiles : Quels critères de difficulté prévisibles ? Quelle adaptation de la prise en charge ? Comment prendre en charge une éventration para-stomiale ?

Yohan Renard (Reims)

• Conclusion

David Moszkowicz (Colombes)