

Pierre Maurette
Bordeaux

Mise en place de la check list et développement de la culture de sécurité et de communication au sein des équipes

P Maurette SAR3 Bordeaux

-
1. La iatrogénie en France
 2. Des équipes sont meilleures que d'autres
 3. La check list
 4. Une question
-

1. La iatrogénie en France ENEIS 2004- ENEIS 2009

ENEIS Les résultats

Philippe MICHEL
Jean-Luc QUENON

CCECQA



La sécurité du patient :

Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques

ENEIS 2004- ENEIS 2009

EIG pendant H

Un EIG tous les 5 jours
dans un service de 30 lits

Incidence des EIG supérieure en chirurgie

La sécurité du patient :

Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques



ENEIS 2004- ENEIS 2009

EIG cause H

Un séjour sur 20 est causé par un événement indésirable grave associé aux soins
Proportion supérieure en médecine

La sécurité du patient :

Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques



Conclusion

...

EIG causes d'hospitalisation

- Entre 330 000 et 490 000 séjours causés par des EIG par an
 - dont entre 160 000 et 290 000 évitables

EIG survenus pendant l'hospitalisation

- Entre 270 000 et 390 000 EIG par an
 - dont entre 95 000 et 175 000 évitables

La sécurité du patient :

Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques



Aucune différence entre 2004 et 2009

Nous ne progressons pas...pas encore

2. Des équipes sont meilleures que d'autres

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
N Engl J Med 2009;361:1368-75.

SPECIAL ARTICLE

Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery

Amir A. Ghaferi, M.D., John D. Birkmeyer, M.D.,
and Justin B. Dimick, M.D., M.P.H.

- 186 centres
- 84730 patients soit $\frac{1}{4}$ de la data base et $\frac{2}{3}$ des décès
- 42 types d'interventions à risque: chir générale et vasculaire

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Patients, According to Hospital Quintile of Mortality.*

Characteristic	Very Low Mortality (N=17,379)	Low Mortality (N=16,780)	Medium Mortality (N=17,923)	High Mortality (N=15,953)	Very High Mortality (N=16,695)
Median age (yr)	63.6	63.0	63.9	61.7	62.4
Male sex (%)	52.0	52.0	51.2	54.4	51.6
Nonwhite race (%)†	18.9	14.5	14.6	24.1	26.4
Smoking within past year (%)	22.2	23.2	23.8	26.6	27.4
Preoperative functional status (%)					
Totally independent	82.0	83.1	85.2	84.1	83.7
Partially dependent	11.8	11.2	10.1	10.4	10.9
Totally dependent	6.3	5.7	4.7	5.5	5.4
ASA class ≥4 (%)	15.7	14.3	14.3	16.7	15.9
Coexisting condition (%)					
Diabetes	20.2	19.4	19.3	21.3	21.7
Chronic obstructive pulmonary disease	8.4	8.6	7.9	9.2	9.1
Congestive heart failure	2.4	3.1	2.0	2.6	2.5
Myocardial infarction	1.5	1.8	1.3	1.8	1.8
Peripheral vascular disease	11.5	11.7	9.9	12.3	12.0
Transient ischemic attack	3.7	4.1	3.8	4.3	4.5
Bleeding disorder	11.8	12.1	9.4	10.6	11.2
Ascites	4.9	4.2	3.9	3.6	3.6
Long-term use of corticosteroids	5.5	6.2	5.6	7.2	5.4
Emergency operation	18.3	18.8	19.3	18.2	19.5
Acute renal failure	1.4	1.7	1.5	1.7	1.7
Dialysis	3.6	4.1	3.1	4.6	4.7
Albumin <3.5 g/dl	26.9	23.5	28.1	27.4	27.0
Do-not-resuscitate status	1.9	1.4	2.0	1.5	1.4
Hypertension	58.2	56.9	57.6	58.6	59.3
Preoperative transfusion of >4 units	1.2	1.1	0.9	1.2	1.1
Weight loss of >10% in past 6 mo	6.9	8.1	5.5	6.2	5.6
Expected mortality (%)‡	5.2	5.4	4.8	5.1	4.8
Risk-adjusted mortality (%)	3.5	4.6	4.8	5.8	6.9

Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery

Amir A. Ghaferi, M.D., John D. Birkmeyer, M.D.,
and Justin B. Dimick, M.D., M.P.H.

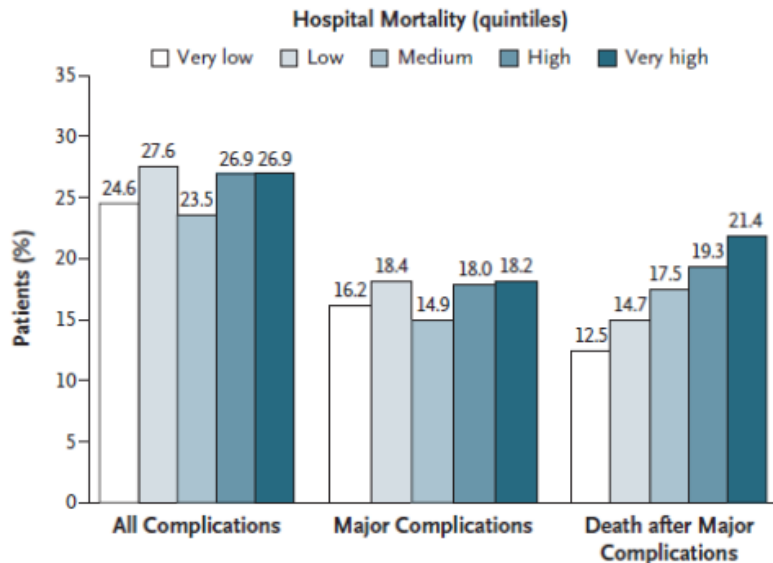


Figure 1. Rates of All Complications, Major Complications, and Death after Major Complications, According to Hospital Quintile of Mortality.

Although rates of all complications and major complications did not vary significantly across hospital mortality quintiles, the rate of death in patients with major complications was almost twice as high in hospitals with very high overall mortality as in those with very low overall mortality (21.4% vs. 12.5%, $P < 0.001$).

Complications et mortalité ne sont :

- pas corrélées entre elles
- Pas corrélées à la taille de l'hôpital ou son niveau technique

« failure to rescue » pour certains

- Délais de reconnaissance trop grand
- Inaptitude à gérer l'imprévu

3. La check list

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

N Engl J Med 2009;360:491-9.

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatala, M.D.,
Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group*

15. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2008.

Between October 2007 and September 2008, eight hospitals in eight cities (Toronto, Canada; New Delhi, India; Amman, Jordan; Auckland, New Zealand; Manila, Philippines; Ifakara, Tanzania; London, England; and Seattle, WA) representing a vari-

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Table 5. Outcomes before and after Checklist Implementation, According to Site.*

Site No.	No. of Patients Enrolled		Surgical-Site Infection		Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
							<i>percent</i>					
1	524	598	4.0	2.0	4.6	1.8	0.8	1.2	1.0	0.0	11.6	7.0
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	20.5	3.6	1.4	1.8	0.3	0.0	1.4	0.0	21.4	5.5
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	9.5	5.8	1.3	0.2	1.0	1.7	2.1	1.7	12.4	8.0
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	6.2	3.4	2.4	1.8	1.1	1.3	1.5	0.8	11.0	7.0
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

* The most common complications occurring during the first 30 days of hospitalization after the operation are listed. Bold type indicates values that were significantly different (at $P < 0.05$) before and after checklist implementation, on the basis of P values calculated by means of the chi-square test or Fisher's exact test. P values are shown for the comparison of the total value after checklist implementation as compared with the total value before implementation.

SPECIAL ARTICLE

Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes

Eefje N. de Vries, M.D., Ph.D., Hubert A. Prins, M.D., Ph.D.,
Rogier M.P.H. Crolla, M.D., Adriaan J. den Outer, M.D.,*
George van Andel, M.D., Ph.D., Sven H. van Helden, M.D., Ph.D.,
Wolfgang S. Schlack, M.D., Ph.D., M. Agnès van Putten, B.Sc.,
Dirk J. Gouma, M.D., Ph.D., Marcel G.W. Dijkgraaf, Ph.D.,
Susanne M. Smorenburg, M.D., Ph.D., and Marja A. Boermeester, M.D., Ph.D.,
for the SURPASS Collaborative Group†

- 3760 patients avant; 3820 patients après
- Haut niveau technique de 6 établissements
- Un groupe de 5 hôpitaux sert de contrôle
- En fait \approx 10 check listes \approx 120 items

SPECIAL ARTICLE

Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes

© SURPASS checklist
Version 01 Nov 2009
AMC Dept. of Surgery



SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist

Patient data	Date of procedure / / 200.....
	Specialty:
	Planned procedure:
	Planned anesthesia: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Local

CHECKLIST TO REMAIN IN MEDICAL RECORD UNTIL DISCHARGE

page 1 of 12
please turn page when completed

- Baisse des complications de:
 - 27,3% à 16,7%

- Baisse de la mortalité de:
 - 1,5% à 0,8%

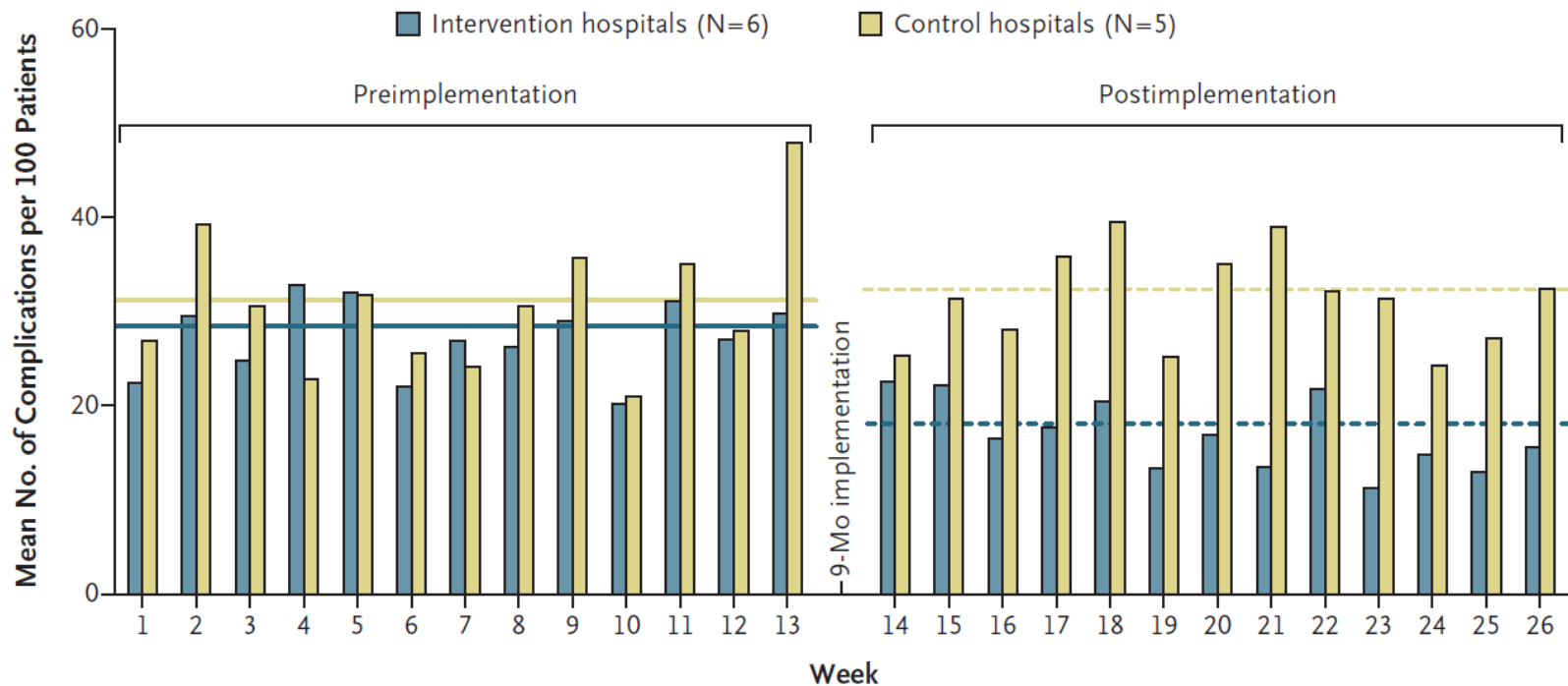


Figure 1. Mean Number of Complications in Intervention Hospitals and Control Hospitals before and after Implementation of the Surgical Safety Checklist.

The solid horizontal lines show the overall mean number of complications before implementation of the checklist, and the dashed horizontal lines show the mean number after implementation. The change in the mean number of complications from the preimplementation period to the postimplementation period was significant in the intervention hospitals ($P < 0.001$) but not in the control hospitals ($P = 0.81$).

Effacité de la check-list

- **Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality, *JAMA*. 2010;304(15):1693-1700**
 - 182409 interventions dans 74 hôpitaux
 - Formation spécifique à la check-list et au « Time out »: 1 j
 - Accompagnement 1 an

 - Mortalité année n-1: 17/1000
 - Mortalité année n+1: 14/1000
- } -18%**

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

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

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

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A

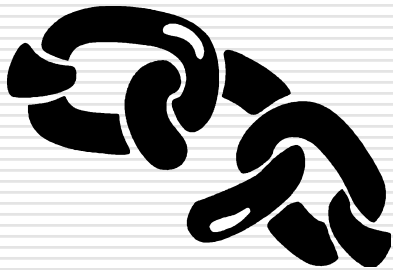
N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION	
Pause avant sortie de salle d'opération	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</i>
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT	
Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe	
Chirurgien	Anesthésiste / IADE
Coordonnateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE
(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET
(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

4. Une question:

La médecine (le processus de soin) peut elle se décliner comme un processus industriel?



Question à deux propositions

une seule réponse possible

1

Première proposition

45 %

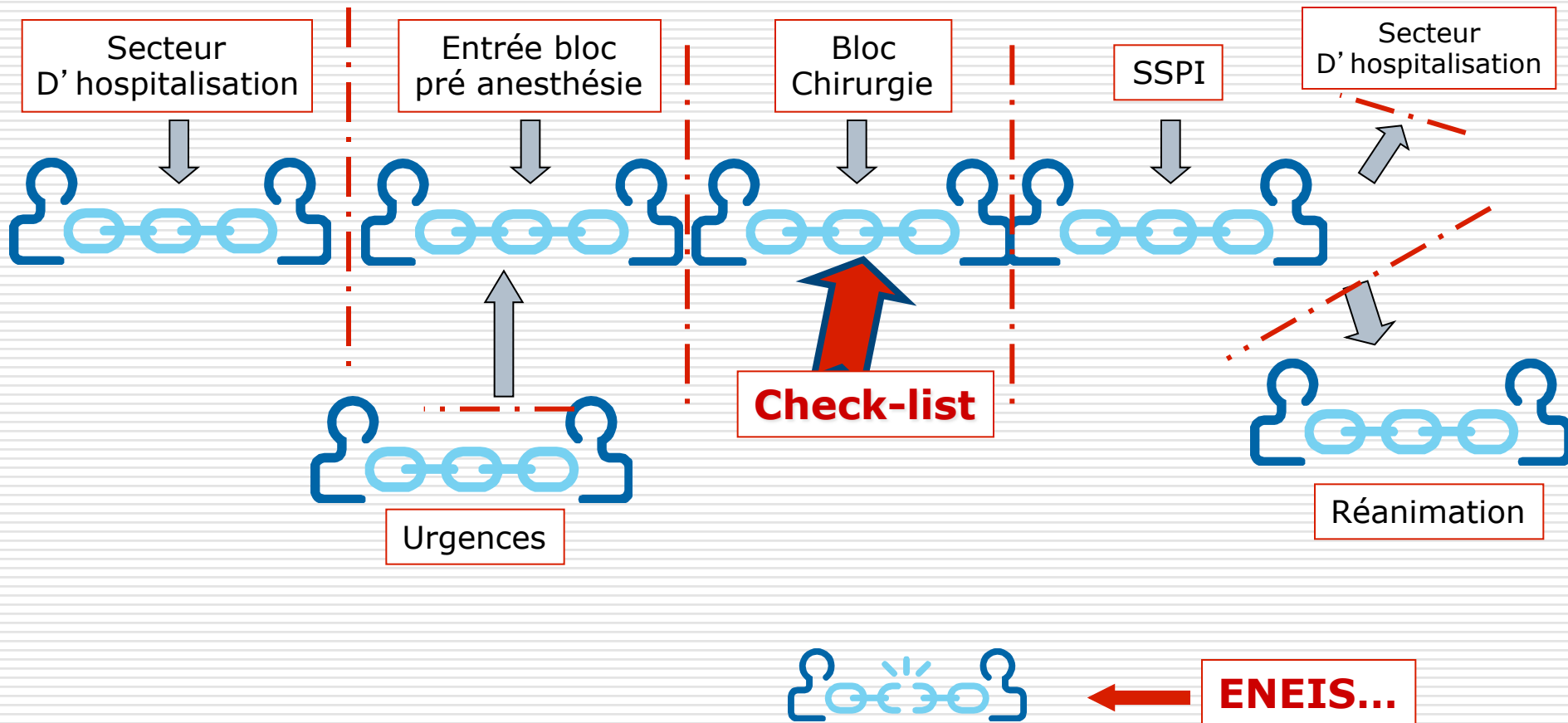
2

Deuxième proposition

54 %

Le chemin clinique en chirurgie

La chaîne de production



AU TOTAL

1. Les EIG en santé et en France restent un problème majeur de santé publique
 - 4,5%; stable entre 2004-2009
2. La (les) check-list(s) marche(ent) à l' étranger
3. La HAS a rendu obligatoire la check-list en France mais....
4. Certaines structures sont meilleures que d' autres pour « gérer l' imprévu »: **pourquoi? Travail à la chaîne ou/ et travail d' équipe**



Merci