

Check-list, culture de sécurité et communication au sein des équipes

F Clergue

CHECKLIST



Genève, 10 novembre 2012

Malpractice Risk According to Physician Specialty

Jena AB et al. N Engl J Med, 365:629; 2011

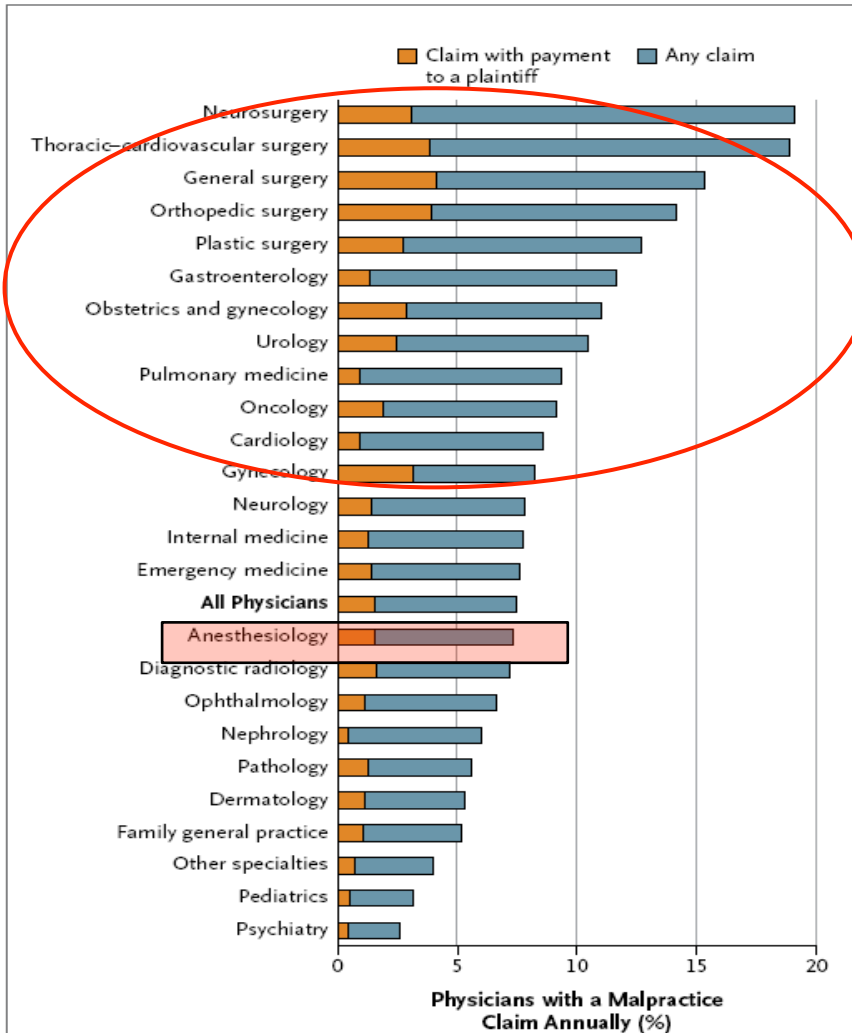
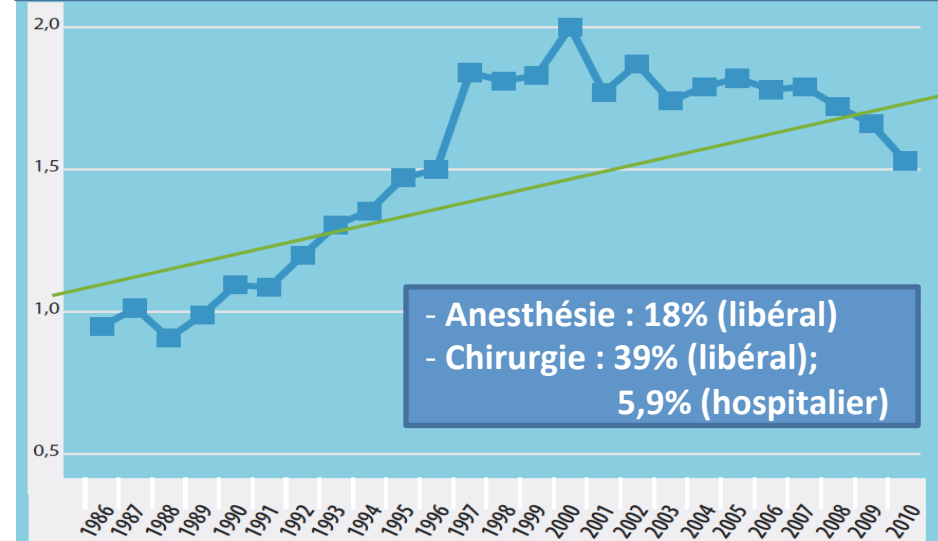


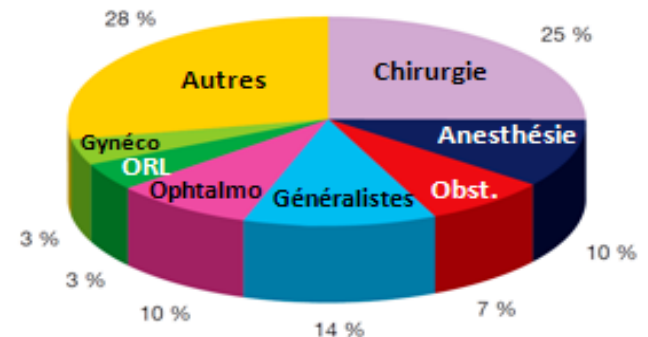
Figure 1. Proportion of Physicians Facing a Malpractice Claim Annually, According to Specialty.

Sinistralité des médecins (toutes spécialités) Rapport du Sou Médical 2010



Déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires.

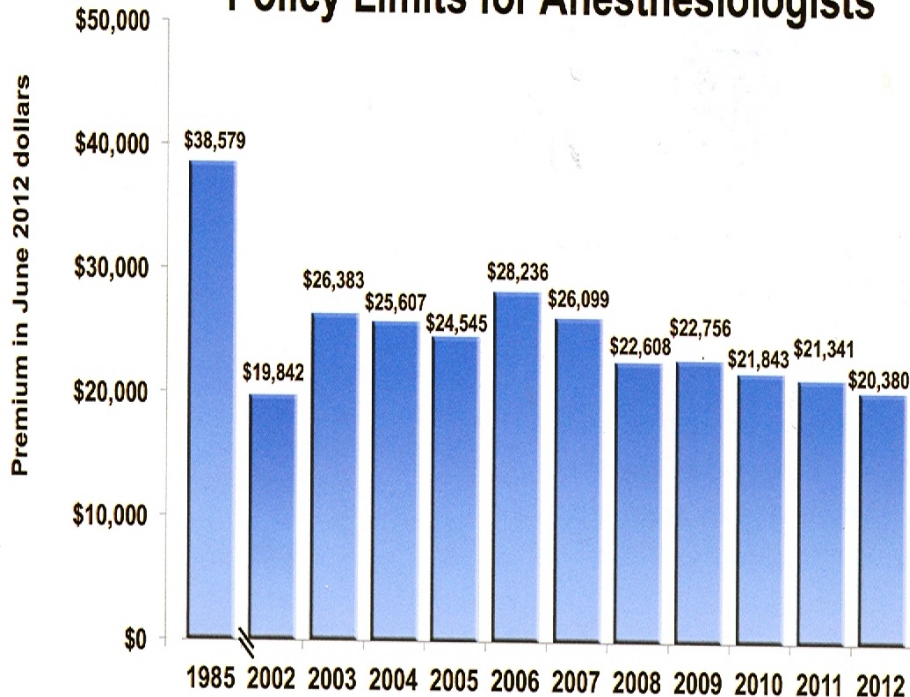
Rapport du Sou Médical 2008 630 décisions de justice : répartition par spécialité



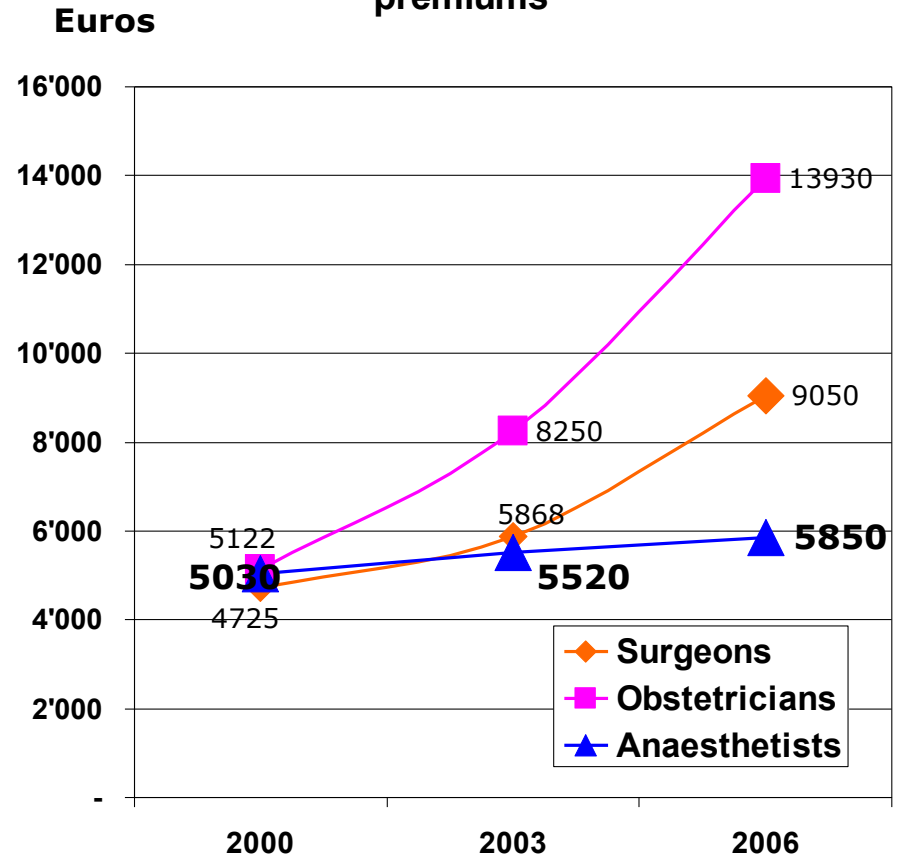
Improvements in safety confirmed by Insurance premiums for anaesthetists : USA and France

Average premiums for anesthesiologists in the US

Average Premiums for Mature \$1M/\$3M Policy Limits for Anesthesiologists



France : evolution of insurance premiums



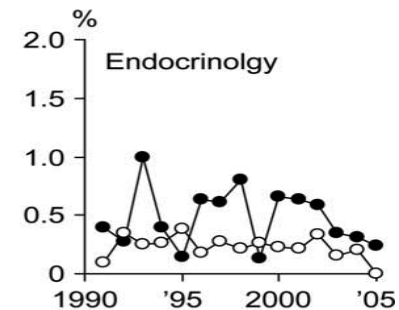
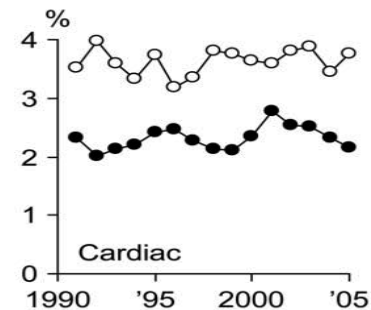
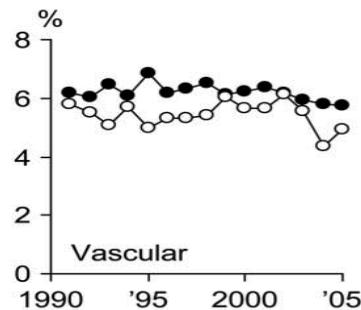
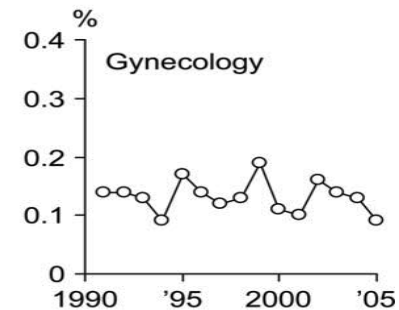
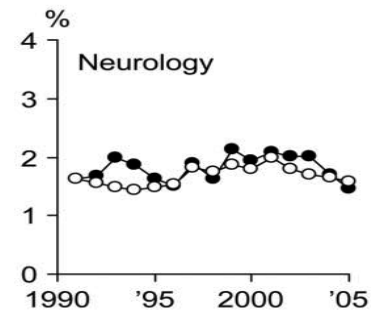
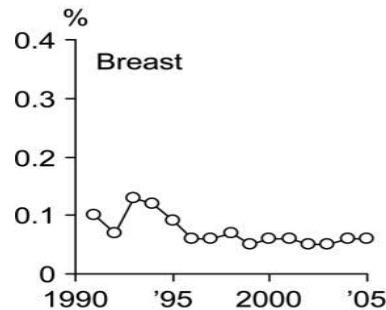
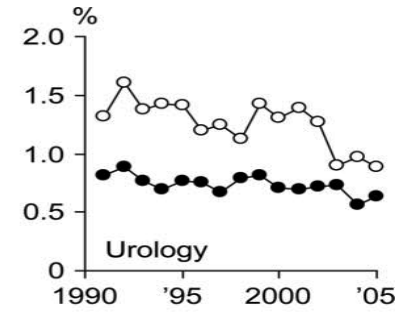
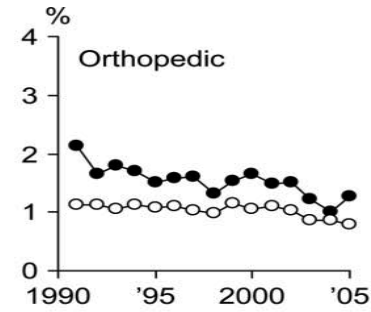
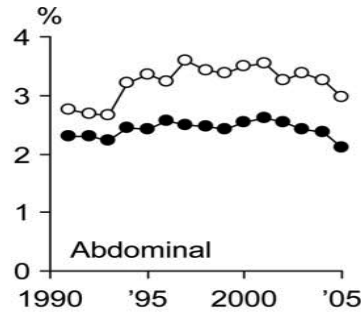
Mortalité liée à l'anesthésie et à la chirurgie

Noordzij PG et al, Anesthesiology 2010

- Population-based study on 3.7 million surgical procedures in 102 hospitals in the Netherlands

- All-cause postop mortality : 1.85%

Trends in postoperative mortality in main surgical categories in men (solid marks) and women



Une fiabilité des soins encore imparfaite

How reliable are clinical systems in the UK NHS ?

A study of seven NHS organisations

Burnett S et al. BMJ Qual Saf 2012



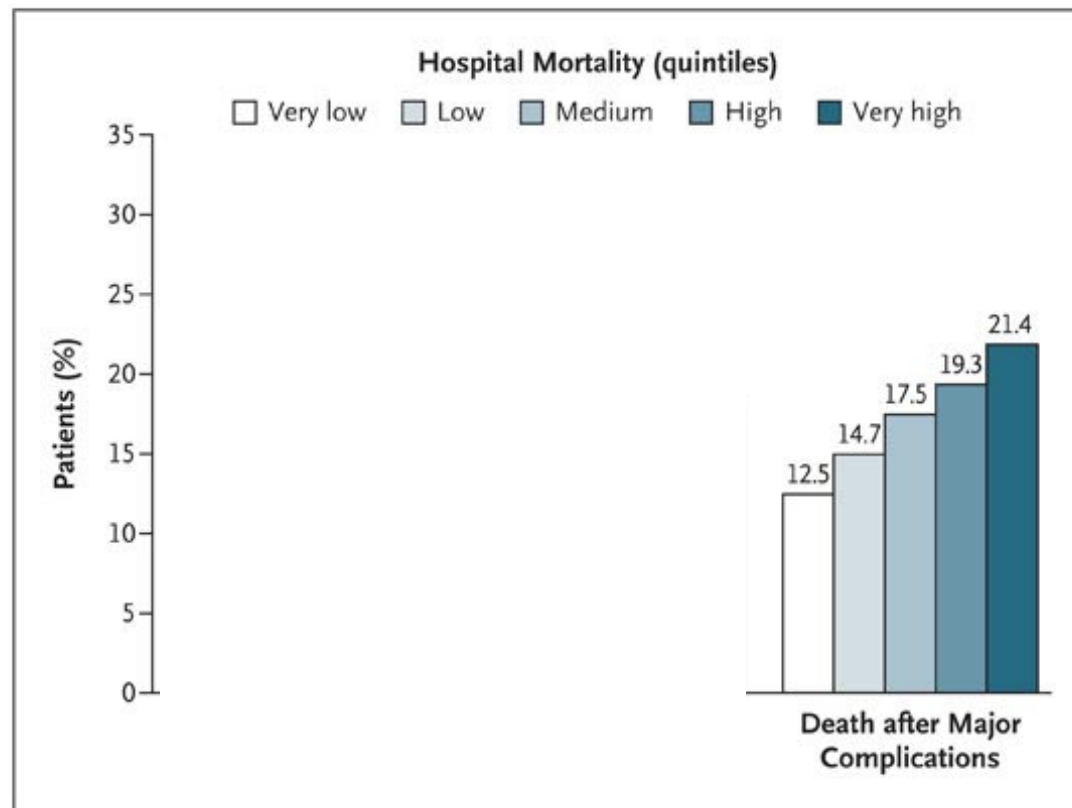
Table 2 Reliability of each clinical system measured

System	Reported reliability (95% CI) by organisation (A–G)			Overall reported reliability (95% CI) across all organisations	p values (null hypothesis: all organisations are equal)
Clinical information availability in hospital outpatient clinics	96% (94% to 98%) n=411 A	73% (69% to 77%) n=423 E	87% (83% to 91%) n=327 G	85% (83% to 87%) of outpatient appointments had all information available n=1161	<0.001
Prescribing for hospital inpatients	86% (85% to 87%) n=2689 A	88% (87% to 90%) n=1812 B	82% (80% to 84%) n=2104 C	85% (84% to 86%) of prescriptions were error free n=6605	<0.001
Equipment availability in the operating theatre	81% (76% to 86%) n=258 A	63% (51% to 75%) n=67 D	88% (83% to 93%) n=165 F	81% (78% to 85%) of operations had no equipment problems n=490	<0.001
Systems for inserting intravenous lines	80% (71% to 89%) n=76 A	88% (80% to 96%) n=62 D	88% (84% to 92%) n=212 F	87% (84% to 91%) of line insertions had all equipment available n=350	0.236

Performance of surgical care : large variations between hospitals

Ghaferi AA et al. NEJM 2009; 361:1368-75

- 84,730 patients with general and vascular surgery from 2005 to 2007
- Hospitals ranked according to their risk-adjusted death rate : divided in 5 groups
- In each group, incidence of overall and major complications, and the rate of death among patients with major complications.



Un monde médical encore réticent...



28 août 2012

La médecine malade du principe de précaution

Par le professeur
**MICHAËL
PEYROMAURE**
Service d'urologie
hôpital Cochin,
Paris

Il fut un temps où les médecins exerçaient librement. Ils étaient responsables de leurs actes, et leurs liens avec les malades étaient directs. Entre un médecin et son patient, rien ni personne ne pouvait s'interposer. Qu'en est-il aujourd'hui ?

La médecine de proximité disparaît à peu, et les hôpitaux se muent en terribles. Et surtout, nous assistons à un étrange phénomène : les médecins veulent plus s'exposer, ils n'osent prendre de risques. Et pour cause : ils sont incités dès leurs études à agir pas selon leurs convictions ou leur bon sens, mais selon les « normes » établies. Au nom du sacro-saint principe de précaution, toute initiative personnelle un tant soit peu audacieuse est considérée comme primée. Seules les procédures collées et standardisées sont approuvées. Voici venu le temps du collectivisme médical.

Un exemple frappant est celui des « commissions de concertation pluridisciplinaires », où sont présents médecins oncologues et radiothérapeute du même centre. Les dossiers des patients atteints de cancer doivent y être discutés afin que chaque décision soit prise de manière « collégiale ».

De telles réunions ont toujours existé, mais sous un mode facultatif. Si un membre de l'équipe souhaitait demander conseil à autrui pour un cas compliqué, il avait la possibilité de le faire. Dorénavant, cette démarche est obligatoire. Et elle concerne tous les cas de cancer, y compris les plus simples, pour

lesquels la solution est pourtant évidente. Le but affiché est de réduire les marges d'erreurs. Objectif louable, mais impossible à atteindre : peut-on arbitrer le sort d'une personne que l'on n'a jamais vue ? Au final, les erreurs ne

D'abord, parce que les médecins risquent de se lasser. Privés de vraies responsabilités, ils vont s'éloigner des malades, et la qualité des soins déclinera. Ensuite, parce qu'à ce rythme il n'y aura bientôt plus de progrès médical possible.

Le progrès a besoin d'initiatives individuelles et de risques calculés ; il ne peut pas se contenter de normes. Il faut donc espérer que la bureaucratie autoritaire et stérile qui triomphe aujourd'hui vole bientôt en éclats.

celle qui avait commis une faute. Les jugements étaient certes plus arbitraires, mais on savait au moins qui faisait quoi.

Un dernier exemple : la « check-list ». Il s'agit d'un formulaire à remplir au bloc opératoire avant chaque interven-

tion. Il comprend quelques données concernant l'identité du futur opéré, sa pathologie et le matériel utilisé. Ces informations ont bien sûr été relevées maintes fois en amont, mais un contrôle de dernière minute est imposé en salle

opératoire.

se substitue à la pratique clinique pour se ranger derrière un bureau. Alors qu'ils ne sont pas sur le terrain et ne savent plus s'occuper des malades, ce sont eux qui mettent au point les règles. Des règles déconnectées des vrais problèmes, qui sont ensuite imposées par nos tuteurs et qui finissent par être appliquées sans discernement par la masse.

Ces technocrates de la médecine ont inventé la poupe. Ils se présentent comme les pourfendeurs de l'aléa thérapeutique et les garants de la sécurité. Mais si l'on y réfléchit bien, le système qu'ils mettent en place est dangereux.

taux se transforment en usines sans âme. Mais, au fait, qui sont les penseurs de ce collectivisme forcé ?

Aussi surprenant que cela puisse paraître, ces mesures absurdes et dégradantes sont en partie conçues par le corps médical. Ou, plutôt, par quelques médecins reconvertis qui délaissent leur pratique clinique pour se ranger derrière un bureau. Alors qu'ils ne sont pas sur le terrain et ne savent plus s'occuper des malades, ce sont eux qui mettent au point les règles. Des règles déconnectées des vrais problèmes, qui sont ensuite imposées par nos tuteurs et qui finissent par

être appliquées sans discernement par la masse. Ces technocrates de la médecine ont inventé la poupe. Ils se présentent comme les pourfendeurs de l'aléa thérapeutique et les garants de la sécurité. Mais si l'on y réfléchit bien, le système qu'ils mettent en place est dangereux.

D'abord, parce que les médecins risquent de se lasser. Privés de vraies responsabilités, ils vont s'éloigner des malades, et la qualité des soins déclinera. Ensuite, parce qu'à ce rythme il n'y aura bientôt plus de progrès médical possible.

Le progrès a besoin d'initiatives individuelles et de risques calculés ; il ne peut pas se contenter de normes. Il faut donc espérer que la bureaucratie autoritaire et stérile qui triomphe aujourd'hui vole bientôt en éclats.



Transforming healthcare: a safety imperative

L Leape,¹ D Berwick,^{1,2} C Clancy,³ J Conway,² P Gluck,⁴ J Guest,⁵ D Lawrence,⁶ J Morath,⁷ D O'Leary,⁸ P O'Neill,⁹ D Pinakiewicz,⁴ T Isaac,¹⁰ for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation




Check-list, culture de sécurité et communication au sein des équipes

PLAN

- Introduction
- Les check-lists : intérêt et limites
- Place du normatif dans l'arsenal sécuritaire
- Conclusion

JCAHO : événements sentinelles 2008 les top 10

<u>Event</u>	<u># reviewed in 2008</u>
Wrong-site surgery	116
Suicide	102
Delay in treatment	82
Unintended retention of foreign body**	71
Patient fall	60
Op/post-op complication	63
Medication error	46
Assault/rape/homicide	41
Perinatal death/loss of function	32
Medical equipment-related	23



1. Mettre en place une procédure de vérification

2. Marquer le site opératoire

3. Faire une pause avant l'incision : "timeout"

The Universal Protocol

© Copyright, The Joint Commission

Incidence of Wrong-Site Surgery Among Hand Surgeons

E MEINBERG, PJ STERN, *J Bone Joint Surg Am.* 2003

- 21% des chirurgiens rapportent avoir réalisé une chirurgie au mauvais site au moins une fois
- Des 6.700.000 interventions chirurgicales estimées, 242 ont été réalisées au mauvais site : incidence de 1 / 27.686 actes

TABLE I Number of Surgeons Reporting a Wrong-Site Error After Incision*

Specialty	Type of Practice			Total
	Academic	Combined	Private	
General surgery	0 (0%)	5 (38%)	7 (23%)	12 (26%)
Orthopaedic surgery	29 (23%)	41 (19%)	103 (21%)	173 (21%)
Plastic surgery	11 (19%)	9 (13%)	12 (15%)	32 (17%)
Total	40 (22%)	55 (19%)	122 (21%)	217 (21%)

*The percentage of all surgeons in category is given in parentheses.

Incorrect Surgical Procedures Within and Outside of the Operating Room

Julia Neily et al. Arch Surgery, 2009

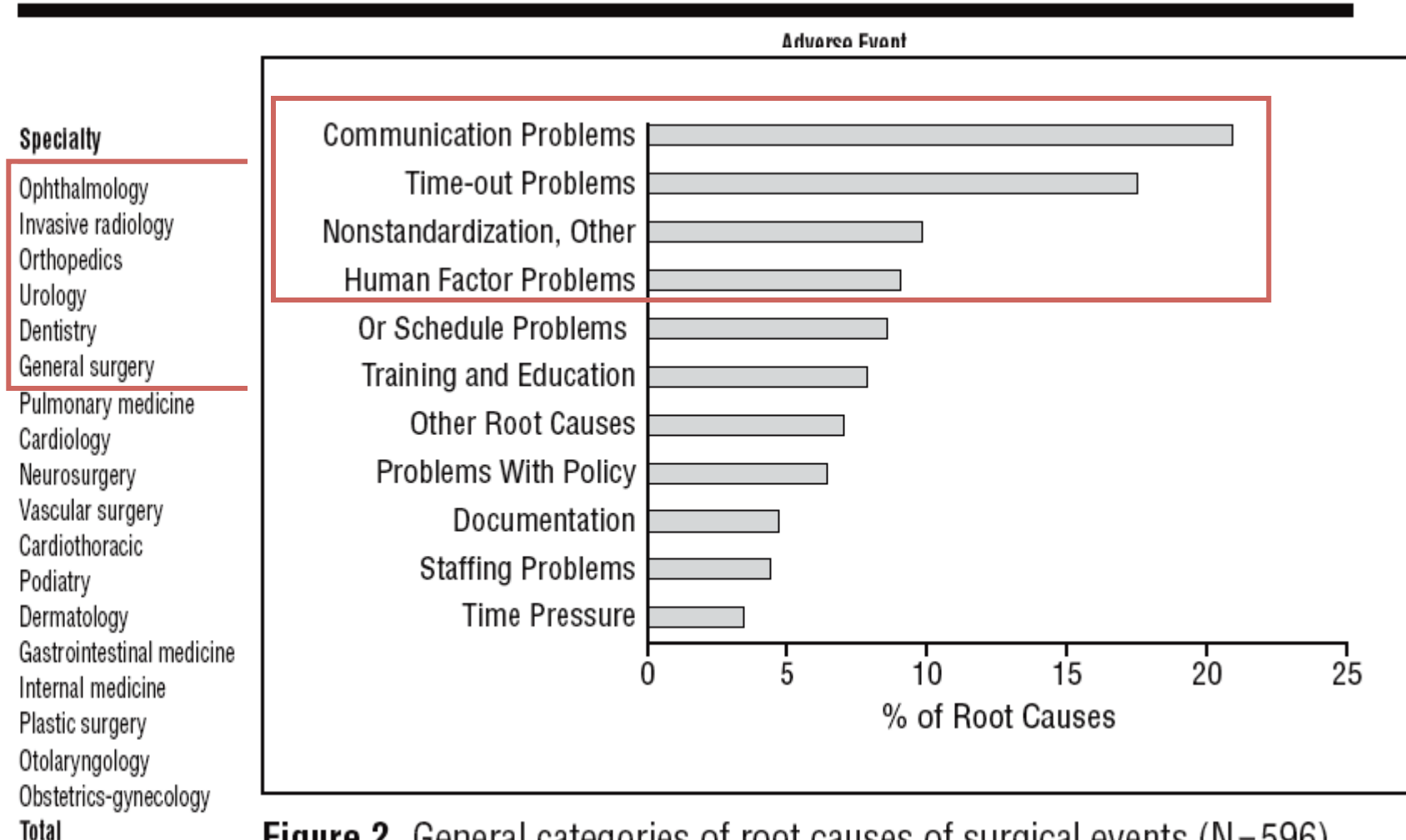


Figure 2. General categories of root causes of surgical events (N=596).

Causes des accidents en chirurgie

A Gawande et al, *Surgery* 2003

- **Boston, interview de 38 chirurgiens: 146 accidents, 13% de décès , 33% de séquelles permanentes**

Table II. Incidents, by contributing factor

<i>Factors cited as contributing to error in an incident</i>	<i># of incidents</i>	<i>% of incidents*</i>
Systems factors	126	86%
Inexperience/lack of competence	75	53%
Communication breakdown	62	43%
Excessive workload/inadequate staffing	30	22%
Lack of supervision	29	21%
Fatigue	21	16%
Interruptions/distractions	21	16%
Technology/equipment failure	22	15%
Administrative complexity/bureaucracy	9	6%
Inappropriate protocol	2	1%
Ergonomics (lighting, space, etc.)	2	1%
Cognitive factors	126	86%
Error in judgment	92	63%
Failure of vigilance	72	49%
Failure of memory	5	3%

Table IV. Incidents involving inexperience or communication breakdown, by subcharacteristic

<i>Characteristic</i>	<i>Percentage of cases reported</i>
Inexperience	53% of all incidents (n = 75)
Proportion involving a trainee	55% (n = 41)
Proportion involving a nontrainee	45% (n = 34)
Communication breakdown	43% of all incidents (n = 62)
Handoff or change in personnel cited as contributing to error	66% (n = 41)
Lack of clear clinician in charge cited as contributing to error	15% (n = 9)
Conflict over decision-making cited as contributing to error	15% (n = 9)
Other failure of communication cited as contributing to error	37% (n = 23)

Analyse de la communication en salle d'opération

L Lingard et al, *Qual Saf Health Care* 2004



- Toronto, Wilson Centre for Research in education
- 90h d'observation pendant 48 interventions

Table 1 Summary of communication events recorded and classification of communication failures

Communication events recorded (n)	421
Communication events classified as communication failures (% of total events)	129 (30.6)
Communication failures by type (% of total of communication failures)*	
Occasion	59 (45.7)
Content	46 (35.7)
Purpose	31 (24.0)
Audience	27 (20.9)

*Because a single communication event could be classified within more than one category of rhetorical failure, numbers add up to more than 100%.

Table 3 Observed effects of communication failure

Effect of communication failure by type	No (%)*
No visible immediate effect	82 (63.6)
Inefficiency	23 (17.8)
Team tension	16 (12.3)
Delay	10 (7.7)
Workaround	3 (2.3)
Resource waste	2 (1.6)
Patient inconvenience	2 (1.6)
Procedural error	1 (0.8)

*Percentage of total communication failures.

OMS : “Safe surgery saves lives”

The image shows a screenshot of the World Health Organization (WHO) website. At the top, there is a navigation bar with the WHO logo and the text 'World Health Organization'. To the right of the logo, there are language options: 'عربي', '中文', 'English', 'Français', 'Русский', and 'Español'. Below the language options, there is a search bar with a 'Search' button and two radio buttons: 'All WHO' and 'This site only'. The main content area is titled 'Patient safety' and features a breadcrumb trail: 'WHO > Programmes and projects > Patient safety > Safe Surgery Saves Lives'. The main text on the page states: '234 Millions d'interventions chirurgicales / an dans le monde (1/25 personnes)'. Below this, there are three bullet points: '➤ Complications majeures : 3-16% (7 millions de patients)', '➤ Décès : 0,2-10% (1 million de patients)', and '➤ “La moitié de ces complications et décès serait évitable si des standards de soins basiques étaient suivis, dans les pays en développement aussi bien que dans les pays développés”'. On the right side of the page, there is a vertical banner with the text 'SAFE SURGERY SAVES LIVES' and a graphic of a person's head and neck.

World Health Organization

عربي | 中文 | English | Français | Русский | Español

Search

All WHO This site only

Home Patient safety

About WHO WHO > Programmes and projects > Patient safety > Safe Surgery Saves Lives

234 Millions d'interventions chirurgicales / an dans le monde (1/25 personnes)

- Complications majeures : 3-16% (7 millions de patients)
- Décès : 0,2-10% (1 million de patients)
- “La moitié de ces complications et décès serait évitable si des standards de soins basiques étaient suivis, dans les pays en développement aussi bien que dans les pays développés”

SAFE SURGERY SAVES LIVES

OMS : “Safe surgery saves lives”

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Avant induction de l'anesthésie

(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?

Oui

Le site de l'intervention est-il marqué ?

Oui
 Sans objet

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

Oui

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

Oui

Le patient présente-t-il :

une allergie connue ?

Non
 Oui

un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?

Non
 Oui, et équipement/assistance disponibles

un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?

Non
 Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus

Avant incision de la peau

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)

Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

Oui
 Sans objet

Anticipation d'évènements critiques

Pour le chirurgien :

Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
 Quelle sera la durée de l'intervention ?
 Quelle est la perte sanguine anticipée ?

Pour l'anesthésiste :

Le patient présente-t-il un problème particulier ?

Pour l'équipe infirmière :

La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?
 Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

Oui
 Sans objet

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

L'infirmier(ère) confirme oralement :

Le type d'intervention
 Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
 Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
 S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

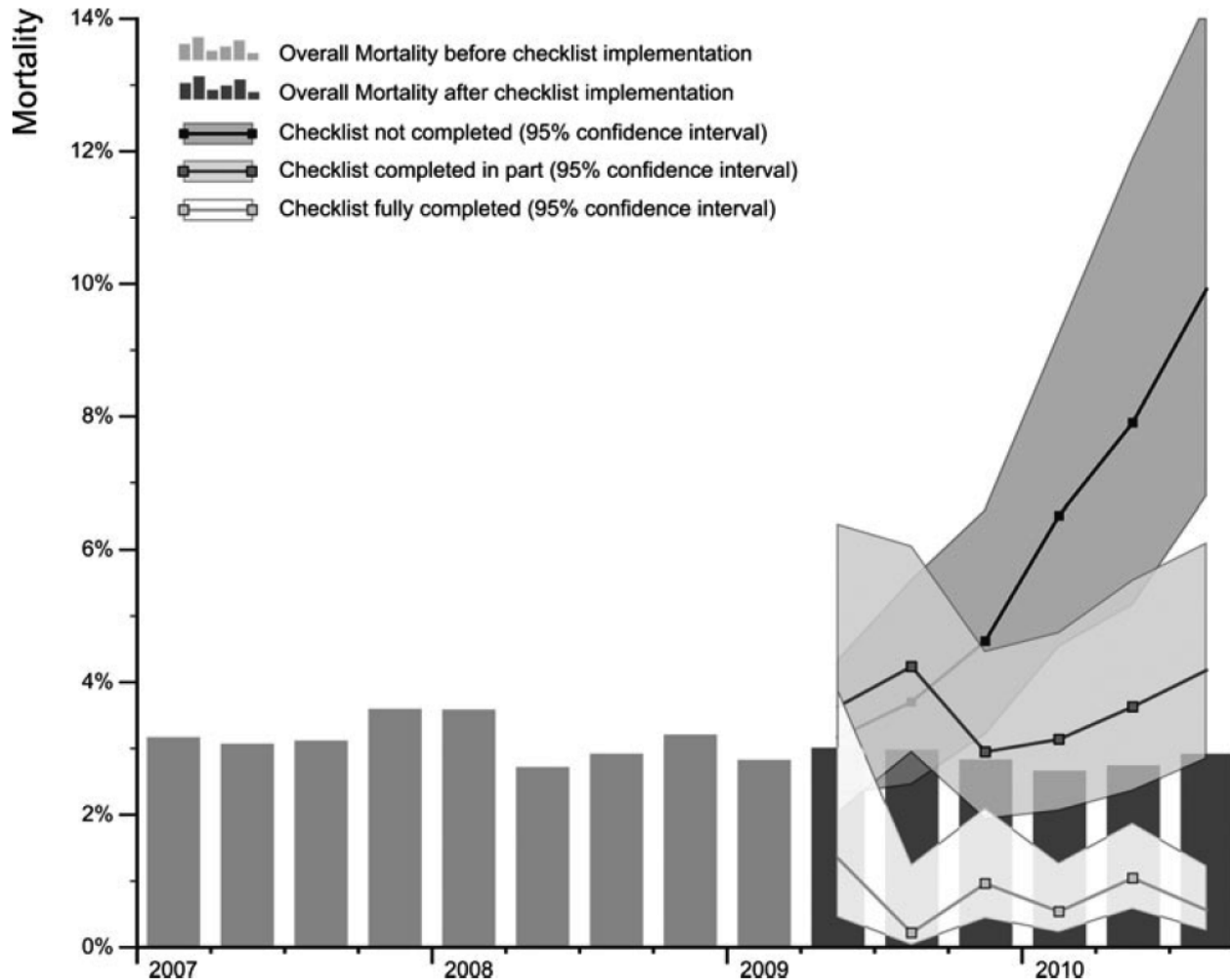
Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)

Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Effects of the Introduction of the WHO “Surgical Safety Checklist” on In-Hospital Mortality

W. A. van Klei et al. *Ann Surg* 2012

Retrospective study (2007-2010), 25 513 adult patients, Utrecht.



After implementation of the WHO checklist, in-hospital 30-day mortality decreased from 3.13 to 2.85% (OR=0.85, after adjustment for differences in casemix).

Quelle explication ?

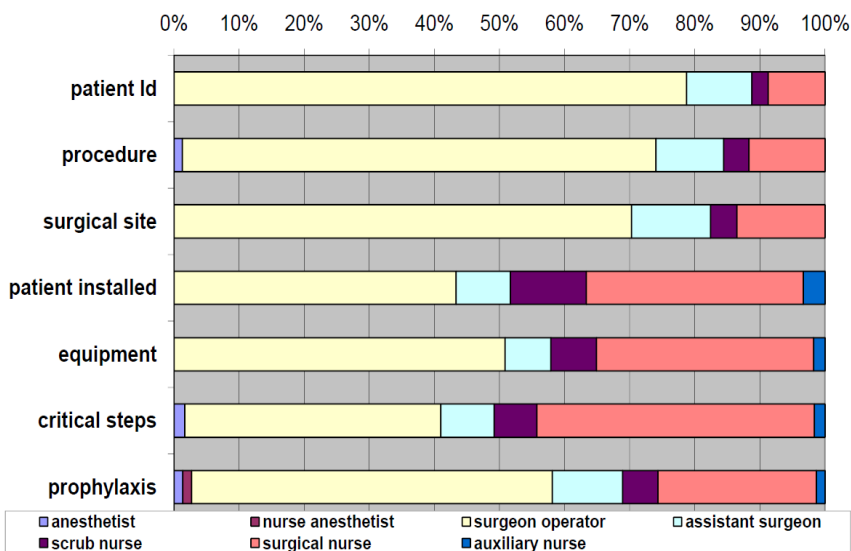
- Effets confondants méconnus ?
- Effet Hawthorne ?
- Compliance médiane du relevé des items = 73%
- Bonne utilisation de la checklist : témoin de la qualité des soins et d'une meilleure survie ?

Checklist au bloc opératoire

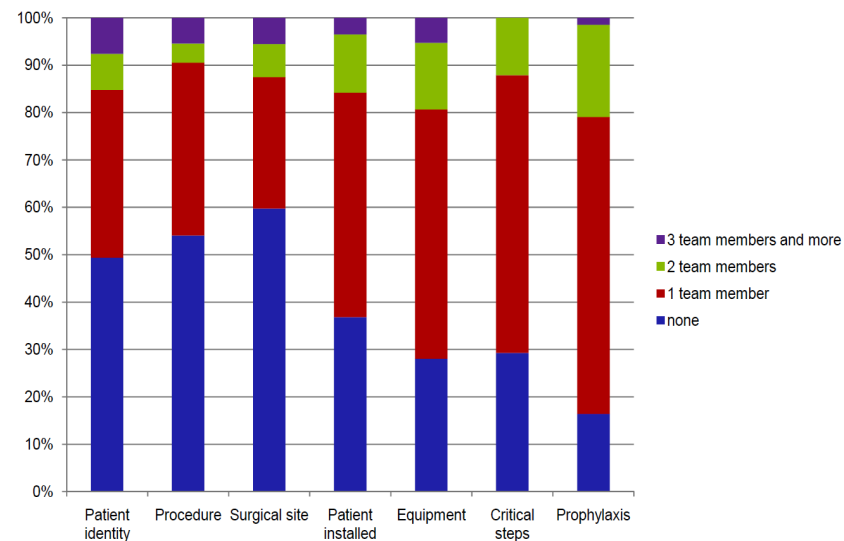


	Sign In		Time Out		Sign Out	
	N	%	N	%	N	%
Conducted	62	98	79	99	79	98
Not conducted	1	2	1	1	2	2
Total	63	100	80	100	81	100

Time Out : who give information?



Time Out : items confirmed (2)



Check-list, culture de sécurité et communication au sein des équipes

PLAN

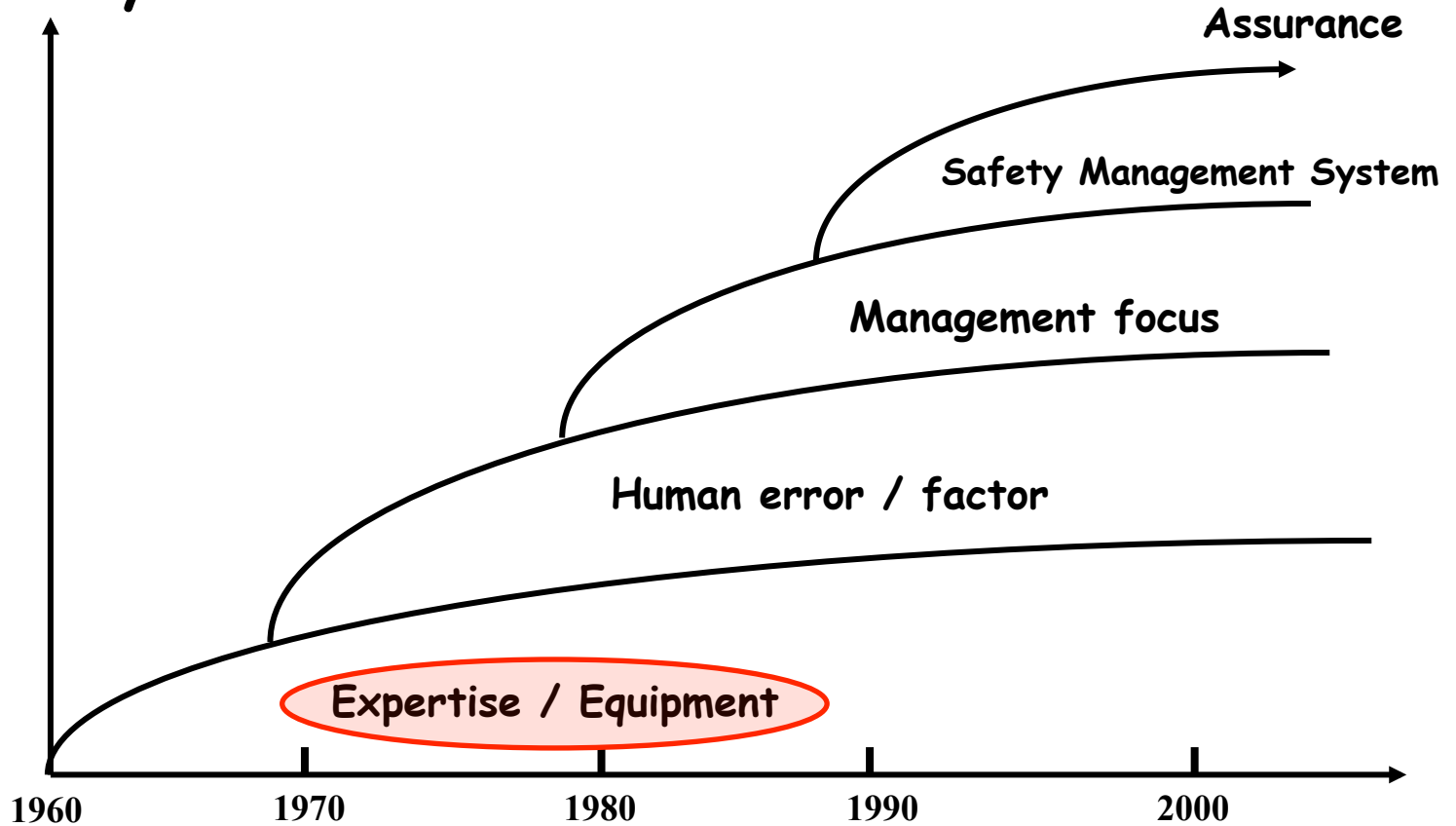
- Introduction
- Les check-lists : intérêt et limites
- **Place du normatif dans l'arsenal sécuritaire**
- **Conclusion**

The main steps in safety

The evolution of safety management in high risk socio-technical activities

JP Visser, in "Safety Management", Pergamon, 1998

Safety Performance



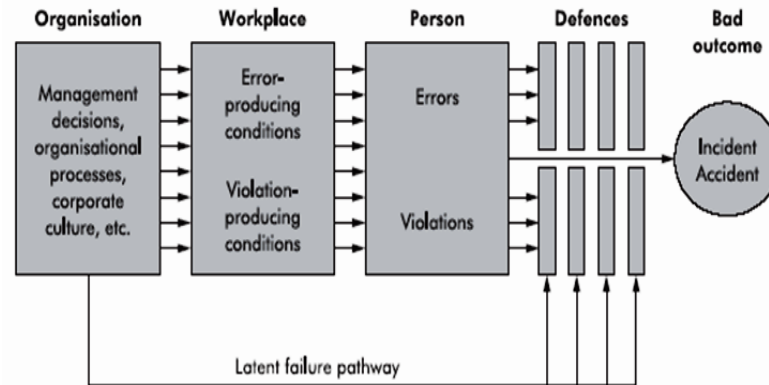
Les modèles de sécurité

Un bon professionnel ne se trompe pas !



- Dangers du modèle de “médecine sans erreurs”:
Who will « confess » his errors in our system ? (L Leape, JAMA 1994)

The Swiss Cheese model (J.Reason)



Normatif

→ Ultra-safe systems



Adaptatif
(auto-guidance)

→ HRO (High Reliability Org)



Qu'entend-on par organisation ?

Coordination des tâches

Programmation

Organisation du « prévisible »

Planification **anticipée** des tâches et des rôles

- fiche de prescription,
- cahier de procédures,
- feuille de programmation,...

Communication indirecte

Ajustement mutuel

Organisation de l'« imprévisible »

Mécanisme non formalisé basé sur des échanges d'informations **en temps réel**

- interactions entre intervenants
- communication orale

Communication directe



D'après H. Mintzberg

Structure in fives: designing effective organisations.
Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1983.

The SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist

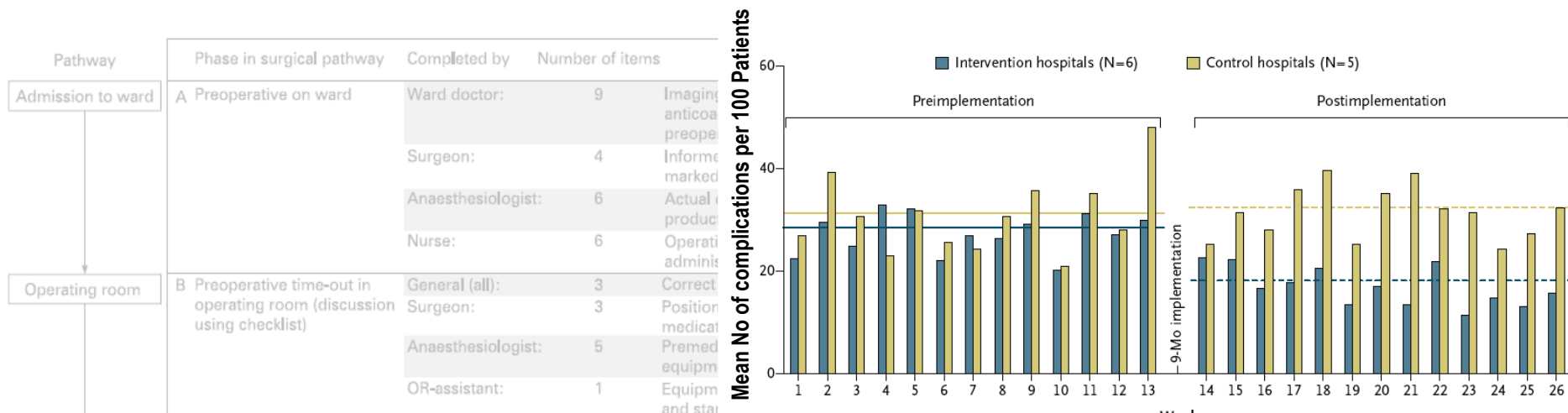
de Vries E et al. Qual Saf Health Care 2009

Pathway	Phase in surgical pathway	Completed by	Number of items	Examples of items
Admission to ward	A Preoperative on ward	Ward doctor:	9	Imaging present, laboratory checks done, anticoagulants checked, orders concerning preoperative medication/consultations executed
		Surgeon:	4	Informed consent registered, operation side marked
		Anaesthesiologist:	6	Actual condition of patient assessed, blood products ordered
		Nurse:	6	Operation protocol present, premedication administered, decubitus protocol executed
Operating room	B Preoperative time-out in operating room (discussion using checklist)	General (all):	3	Correct patient/procedure/side
		Surgeon:	3	Positioning, antibiotics/other preoperative medication
		Anaesthesiologist:	5	Premedication, comorbidities/ allergies, equipment checked
		OR-assistant:	1	Equipment/ instruments/ material (specific and standard) present and functioning
Recovery/ICU	C Postoperative in recovery room or ICU	Surgeon:	5	Operation report in medical record, instructions about drains, diet, medication
		Anaesthesiologist:	4	Instructions about ventilation/oxygenation, drip, medication
Ward	D At transfer from recovery or ICU to ward	Anaesthesiologist or intensivist:	5	Changes in postoperative instructions
Discharge	E At discharge	Ward doctor:	9	Pathology and follow-up discussed, medication checked, outpatient appointments, other instructions, discharge letter written

Effect of the SURPASS checklist on patient outcome

de Vries E et al. Qual Saf Health Care 2009; N Engl J Med 2010

- 6 hospitals in the Netherlands : rate of complications measured during 3 months before (3760 patients) and after (3820 patients) implementation of the checklist
- Similar data were collected from a control group of five hospitals



Pathway	Phase in surgical pathway	Completed by	Number of items	
Admission to ward	A Preoperative on ward	Ward doctor:	9	Imaging, anticoagulation, preoperative
		Surgeon:	4	Inform and mark
		Anaesthesiologist:	6	Actual production
		Nurse:	6	Operational administration
Operating room	B Preoperative time-out in operating room (discussion using checklist)	General (all):	3	Correct
		Surgeon:	3	Position, medical
		Anaesthesiologist:	5	Premedication, equipment
		OR-assistant:	1	Equipment and staff

	Intervention hospitals (n=6)		p	Control Hospitals (n=5)		p
	Before	After		Before	After	
	n / 100 patients			n / 100 patients		
Infection	4.8	3.3	0.006	6.8	6.3	0.22
Infection Surg site	3.8	2.7		4.2	3.8	
Death	1.5	0.8	0.003	1.2	1.1	0.62

Breaking the rules : understanding non-compliance with policies and guidelines

J Carthey, Ch Vincent, *BMJ* 2011

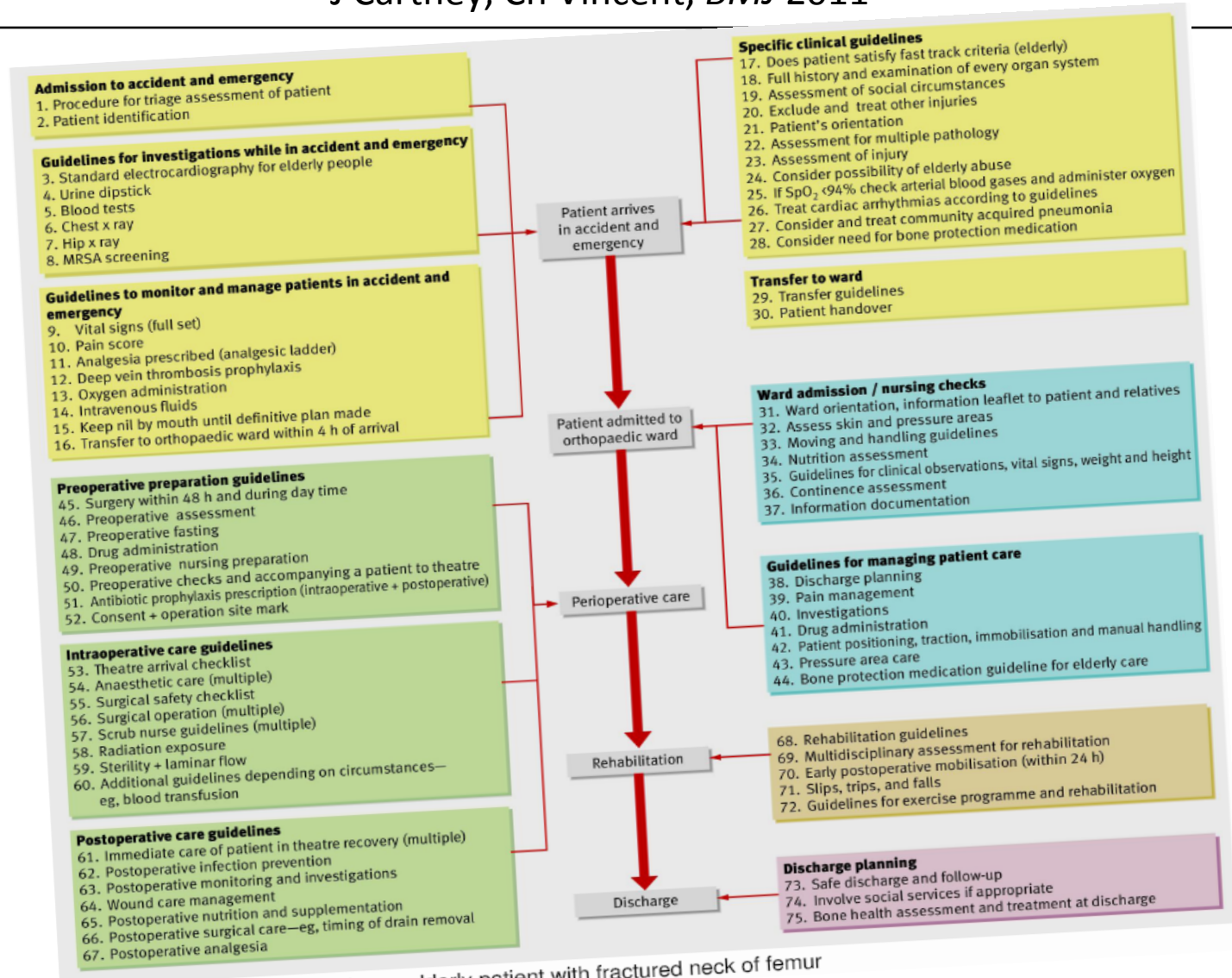


Fig 1 Typical patient journey for an elderly patient with fractured neck of femur

Le travail en équipe au bloc opératoire influence le devenir des patients

K. Mazzocco *Am J Surgery* 2008



- 4 hôpitaux, 149 médecins, infirmier(e)s, techniciens
- Analyse de mars à août 2005
- Complications et mortalité à 30 jours postop
- Marqueurs de comportement (BMRI)

Table 5 The association of the BMRI with postoperative complications and death

Risk factor	Unadjusted OR	95% CI on the unadjusted OR	P value (Wald test)	Adjusted# OR	95% CI on the adjusted OR	P value (Wald test)
BMRI	5.61	1.53-20.54	0.009	4.82	1.30-17.87	0.019
ASA	1.59	1.06-2.38	0.024	1.51	1.00-2.27	0.049

Le comportement des équipes chirurgicales influence le devenir des patients

K. Mazzocco *Am J Surgery* 2008



Table 4 Description of behavioral markers scores by operative phase, number and percentage of procedures with complication or death, and ORs and 95% CIs for complication or death for less frequent observation of “good” team behaviors

Operative phase and behavioral marker domain	Score	Teams/procedures		Major or minor complications or death			
		N	% of total	N	%	OR*	95% CI
Intraoperative phase							
Briefing	0-2†	258		56	20	0.94	(0.40-2.17)
	3-4‡	35	12	8	23	Referent	—
Information sharing	0-2†	76		26	(34)	2.45	(1.36-4.42)
	3-4‡	217	74	38	(18)	Referent	—
Inquiry	0-2†	145		34	(23)	1.20	(0.69-2.10)
	3-4‡	147	50	30	(20)	Referent	—
Vigilance	0-2†	89		23	(26)	1.39	(0.77-2.49)
	3-4‡	204	70	41	(80)	Referent	—
Handoff phase							
Briefing	0-2†	54		19	(35)	2.34	(1.23-4.46)
	3-4‡	239	82	45	(19)	Referent	—
Information sharing	0-2†	59		20	(34)	2.21	(1.18-4.16)
	3-4‡	234	80	44	(19)	Referent	—
Inquiry	0-2†	175		43	(25)	1.50	(0.84-2.70)
	3-4‡	118	40	21	(18)	Referent	—
Vigilance	0-2†	84		18	(21)	0.97	(0.52-1.79)
	3-4‡	209	71	46	(22)	Referent	—

Combined team training



Formation “facteurs humains” : 3 programmes à Genève

1. “ENSEMBLE” (2004) :



Tout le personnel de la salle
d'accouchements (obstétriciens,
pédiatres, anesthésistes & inf-
anesthésistes : Effect of CRM training in a
multidisciplinary obstetrical setting. Haller G Int J
Qual Health Care. 2008

2. Programme “Swiss-HUG”, en collaboration avec le département de chirurgie (2009)



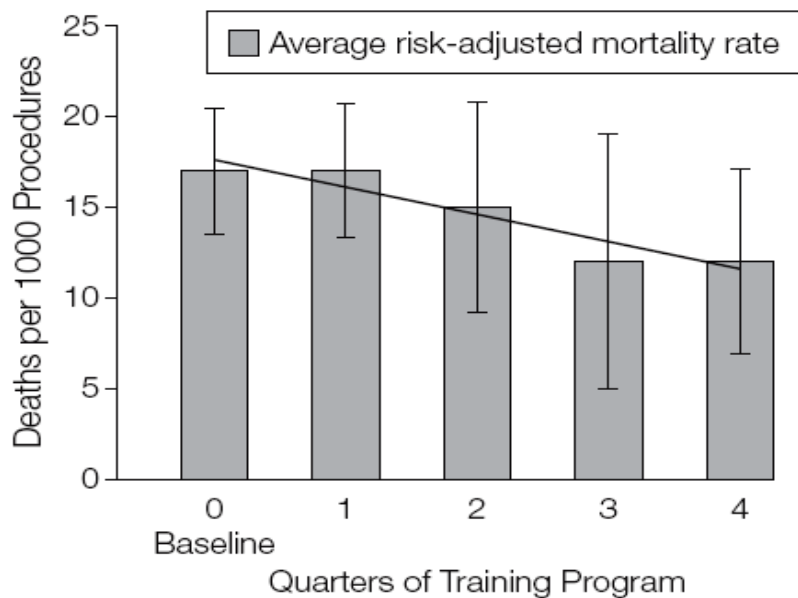
4. Programme “CHLOE” en Réanimation (2009), suite à la fusion Réa Med- Réa Chir



Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality

J Neily et al, JAMA 2010

Figure. Quarters of Risk-Adjusted Surgical Mortality Rate



No. of Facilities: 74, 16, 20, 24, 14

- **↘ de 18% de la mortalité postop**
- Relation dose-effet du programme: chaque ¼ du programme → baisse de 0.5 décès pour 1000 (95% CI : 0.2-1.0; p=0.01)

Table 3. Improvements Reported by Medical Team Training Facilities From Structured Interviews

Reported Improvements	No. (%) of Facilities (n = 74)
Communication among operating room staff	35 (47.2)
Staff awareness	34 (46.0)
Overall efficiency	49 (66.2)
Equipment use during surgery	44 (59.9)
Reduced length of procedures	15 (20.3)
Improved first-case start times	30 (40.5)
Other types of efficiency improvements ^a	6 (8.1)

^aFor example, reduced delays for surgical consent, decreased turnover time between cases, reduction in staff over-time hours.



La simulation



Intégration de la simulation

- Formation
- Re-formation
- Mannequin : intubation, ALR, fibroscopie
- Mannequins haute fidélité
- Patients simulés
- Teamwork



Formation la communication sur les risques



Improving patient safety: the comparative views of patient-safety specialists, workforce staff and managers

J Braithwaite et al. *BMJ Qual Saf* 2011;20:424-431



Suggestions

Categories of safety suggestions	Workforce staff No (%), rank*	Workforce managers No (%), rank*	Patient-safety specialists No (%), rank*
Incident reporting	56 (4.1%), 9	35 (5.3%), 9	28 (10.0%), 5.5
Education and supervision	186 (13.6%), 3	98 (14.9%), 2	38 (13.5%), 3
Guidelines and reviews	61 (4.5%), 8	44 (6.7%), 6	66 (23.5%), 1
Better management and leadership	66 (4.8%), 7	43 (6.5%), 7	17 (6.0%), 7.5
Communication/teamwork	201 (14.7%), 2	72 (10.9%), 5	30 (10.7%), 4
Improve staffing	368 (26.9%), 1	162 (24.6%), 1	17 (6.0%), 7.5
Equipment/infrastructure	140 (10.2%), 5	89 (13.5%), 3	15 (5.3%), 9
Increase patient focus	106 (7.8%), 6	37 (5.6%), 8	28 (10.0%), 5.5
Target specific issues	182 (13.3%), 4	79 (12.0%), 4	42 (14.9%), 2
Total suggestions made by group	1366 (100%)	659 (100%)	281 (100%)

*Ranked from 1 (most suggestions) to 9 (fewest).

CONCLUSION

Check-list, culture de sécurité et communication

- **Check-list** : aboutissement d'une réflexion de la chirurgie et de l'anesthésie pour sécuriser les soins au bloc op.
- **Distinguer les 2 cibles de cette check-list:**
 - **Mieux vérifier** → besoin de normatif
 - **Renforcer la communication** : sous quelle forme ?
 - Communication normée, imposée : **timeout, transmissions ?**
 - Favoriser la spontanéité des échanges : « **programmes de team training** » ?

