

Paul Michel MERTES

ARRES ASSPRO Nancy le 12 novembre 2011



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

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

Paul Michel Mertes

Service d' Anesthésie Réanimation ,CHU de Nancy, Inserm U961,
CSEPP –CFAR, pm.mertes@chu-nancy.fr

Vincent Coevoet

Interne de santé publique, Département d'information médicale
Maternité Régionale de Nancy, v.coevoet@maternite.chu-nancy.fr

Existe-t-il un problème de qualité ?

1 OUI



2 NON



Existe-t-il un problème de sécurité ?

1 OUI



2 NON

7 %

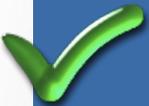
Qualité = sécurité?

1 OUI

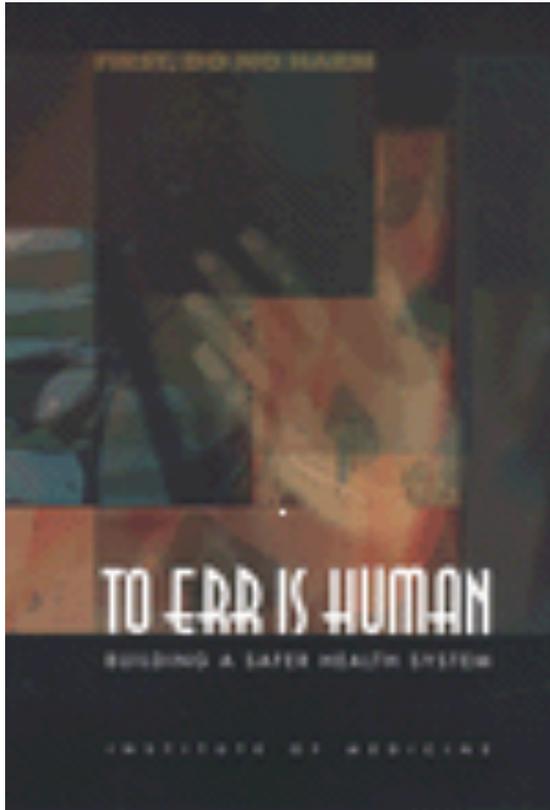
40 %

2 NON

60 %



De la qualité à la sécurité des soins



Rapport de l' Institut de Médecine Américain publié en 1999

To err is human

mortalité iatrogène aux USA
= 44 à 98 000 morts par an

=> regain d'intérêt pour
l'amélioration de la sécurité en
médecine

De la qualité à la sécurité des soins

La diffusion des systèmes de déclaration des EI a montré que:

- Malgré une grande qualité des soins, la sécurité peut demeurer un problème.
- Il existe une **confusion entre qualité et sécurité**.

En réalité :

qualité = process = contenu clinique du soin

sécurité = résultat = organisation des pratiques

Parmi les EIG combien sont évitables ?

1 20% à 30%
5%

2 30% à 40%
15% ✓

3 40 à 50%
15%

4 50 à 60%
63%

To err is human building a safer health system

- **Institute of Medicine report: to err is human: building a safer health care system.** *Homsted L, Fla Nurse 2000 Mar;48(1):6*
- **To err is human: building a safer health system.** *Maurette P, Comité analyse et maîtrise du risque de la SFAR, Ann Fr Anesth Reanim 2002 Jun;21(6):453-4.*
 - Erreurs : résultats de nombreux facteurs contributifs
 - Erreurs évitables :
 - Cause majeure de décès
 - Technique et traitement : 44%
 - Diagnostic : 17%
 - Prévention des complications: 12%
 - Erreurs médicamenteuses: 10%
 - Personnes impliquées : **Médecins et Infirmières**
- **Eneis : EIG 6.6% / 1000j d' hospitalisation, 35.4% évitables**

Développer une culture sécurité en anesthésie-réanimation nécessite une implication:

1 De la direction

83 %



2 Des paramédicaux

72 %



3 Des médecins

89 %



Culture de sécurité - Concept

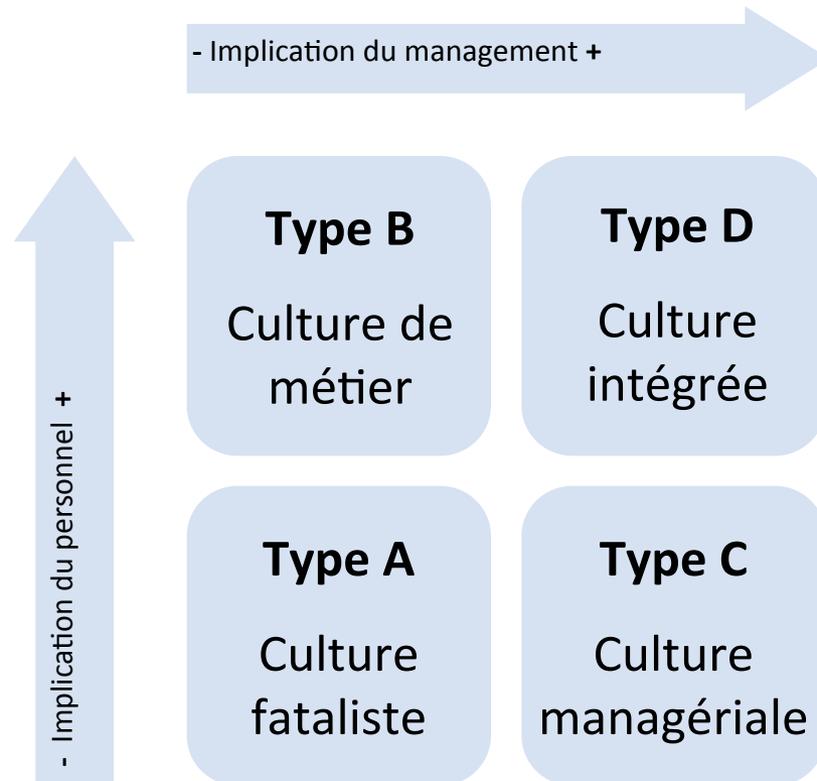


Figure 1. Typologie de la culture de sécurité

Culture de sécurité - Evaluation (3/3)

Exemple de questionnaire

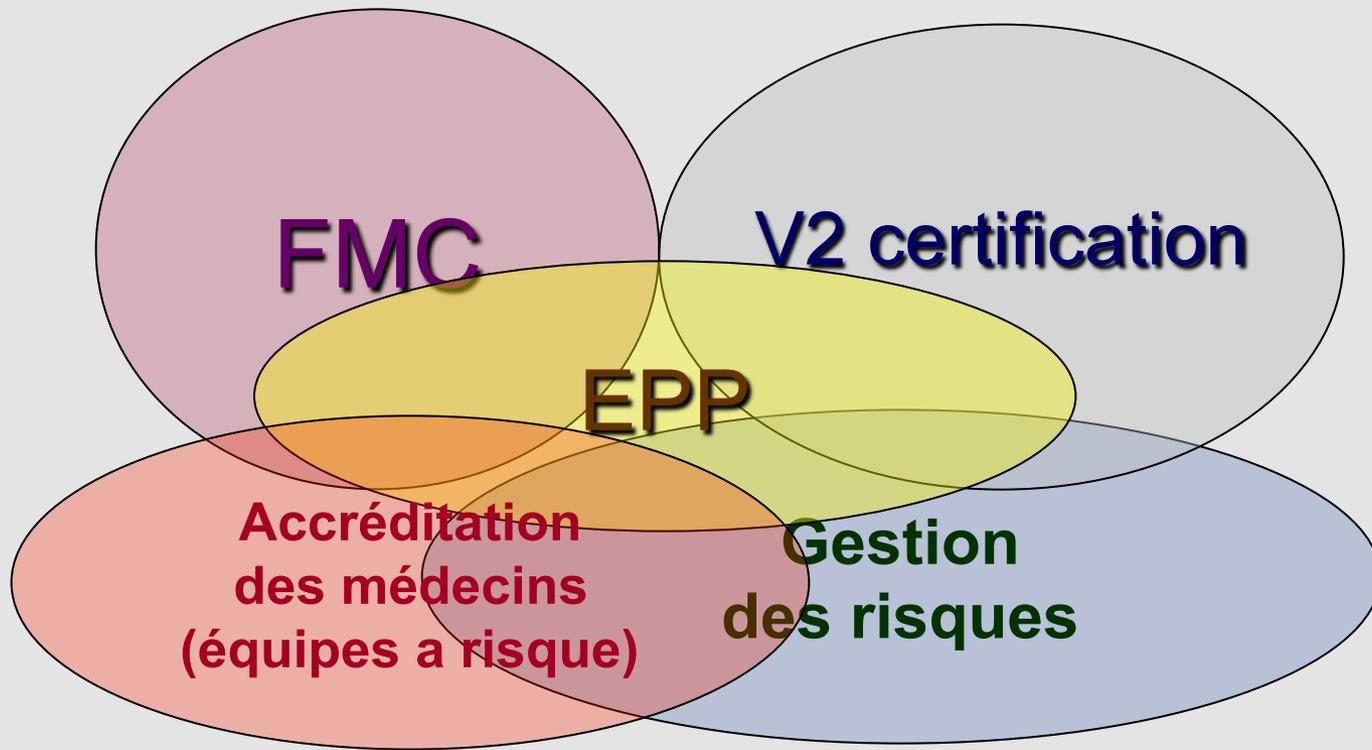
F : Votre établissement de santé

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **établissement**...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	1	2	3	4	5
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	1	2	3	4	5
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	1	2	3	4	5
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	1	2	3	4	5
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	1	2	3	4	5
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	1	2	3	4	5

Figure 2. Extrait de la version française du questionnaire HSOPSC (Hospital Survey On Patient Safety Culture).

→ Mesure les perceptions des professionnels concernant la sécurité des soins.



Check liste bloc opératoire

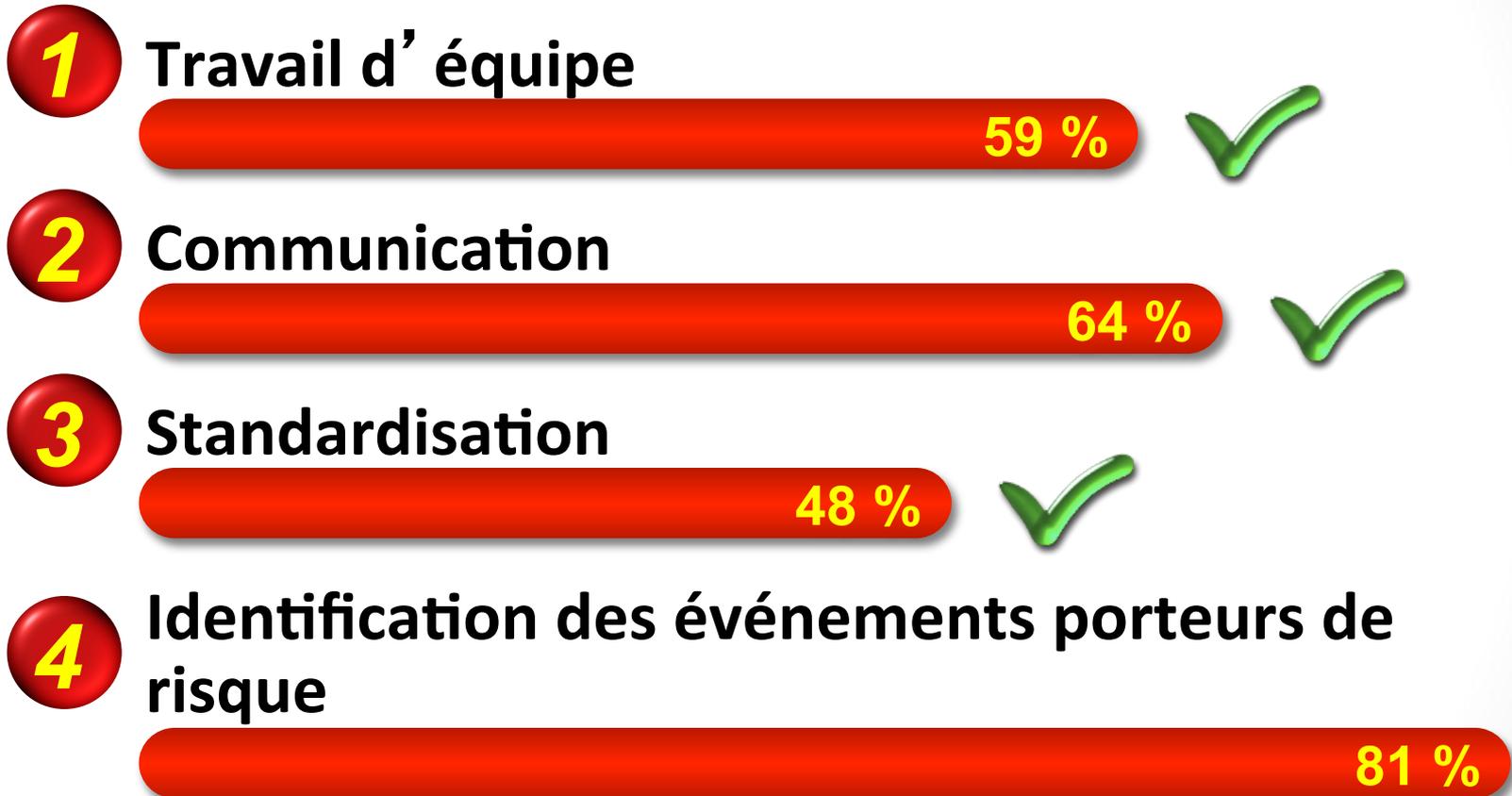
Culture de sécurité

Anesthésie Réanimation

Une spécialité à risque?

- Environnement complexe
- **Patients** vulnérables
- **Interactions** multiples : patients/infirmières/médecins
- Nombres d'événements indésirables élevés lié à la densité d'évènements
 - Ex: fréquence des accidents médicamenteux par médicament administré identique à un secteur conventionnel mais nombre de médicaments administrés plus élevé *Cullen et al, Crit Care Med 1997*
- Probabilité de survenue d'un événement indésirable accrue de **6%** par jour d'hospitalisation en réanimation
Andrew et al, Lancet 1997

Les objectifs de la check liste sont de favoriser :



Pourquoi une check liste?

L'erreur étant par essence humaine,

- **sécuriser le système,**

- **réduire la variabilité** (=standardiser les pratiques)

« *une moindre variabilité dans les pratiques améliore les résultats* »

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication

Arch Surg. 2008;143(1):12-17

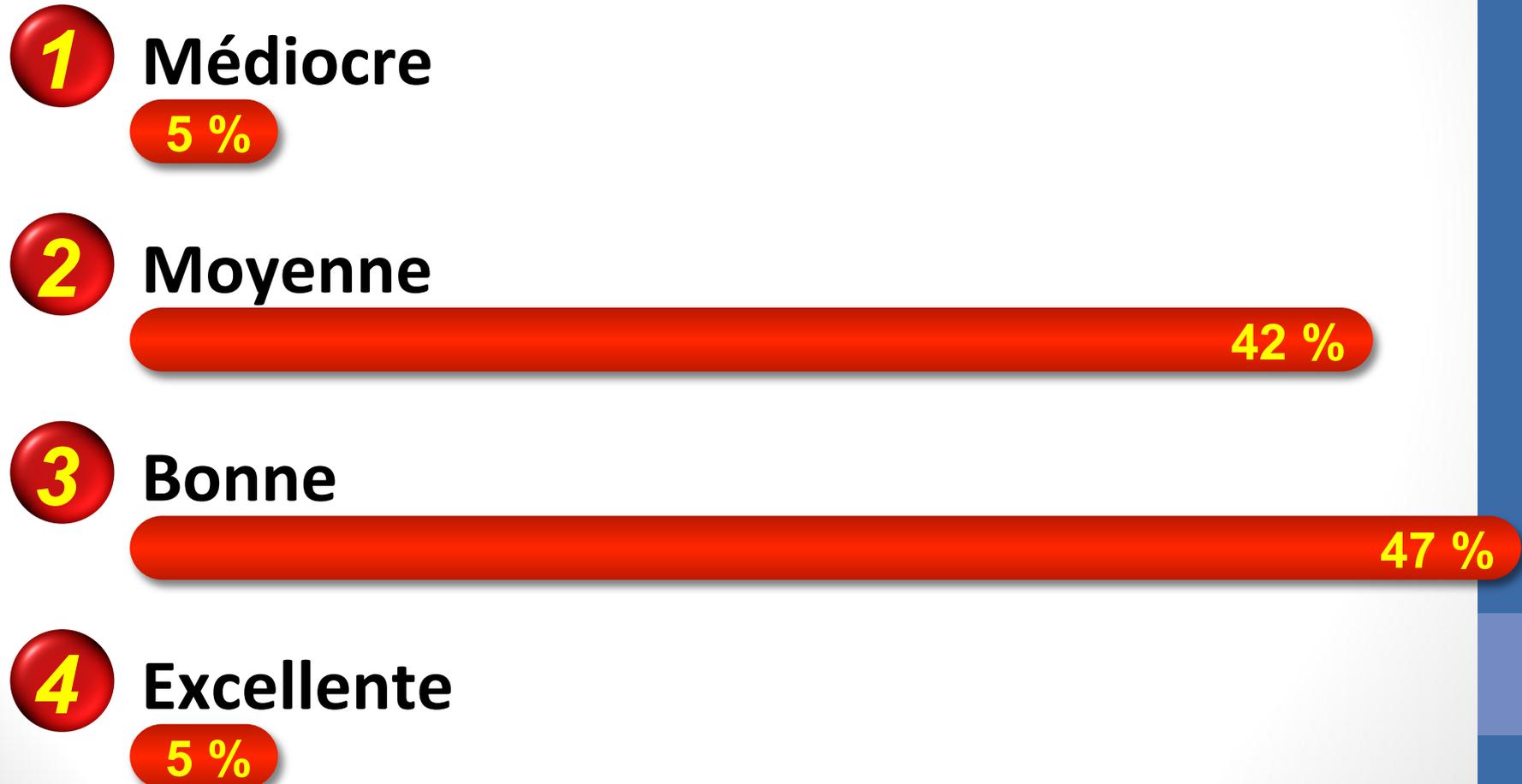
Lorelei Lingard, PhD; Glenn Regehr, PhD; Beverley Orser, MD, PhD; Richard Reznick, MD, MEd; G. Ross Baker, PhD; Diane Doran, RN, PhD; Sherry Espin, RN, PhD; John Bohnen, MD; Sarah Whyte, MA

Conclusions: Interprofessional checklist briefings reduced the number of communication failures and promoted proactive and collaborative team communication.

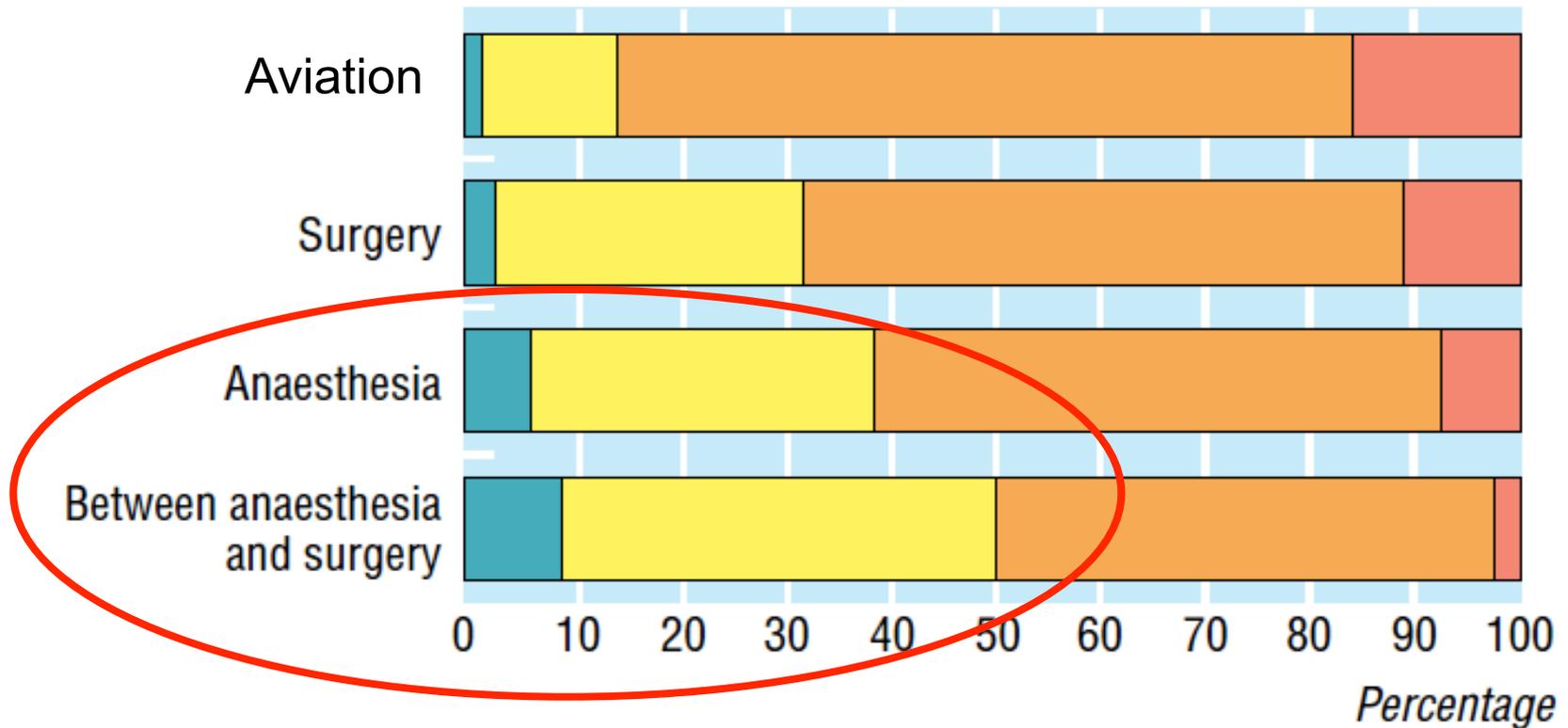
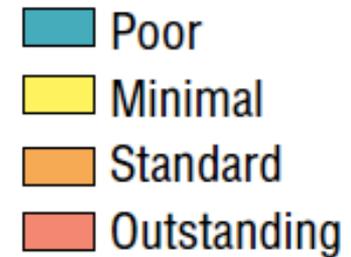
Objectifs de la check liste:

- **Travail d'équipe**
- **Communication**
- **Standardisation**

Selon vous dans votre pratique, la qualité du travail d'équipe entre anesthésie et chirurgie est:

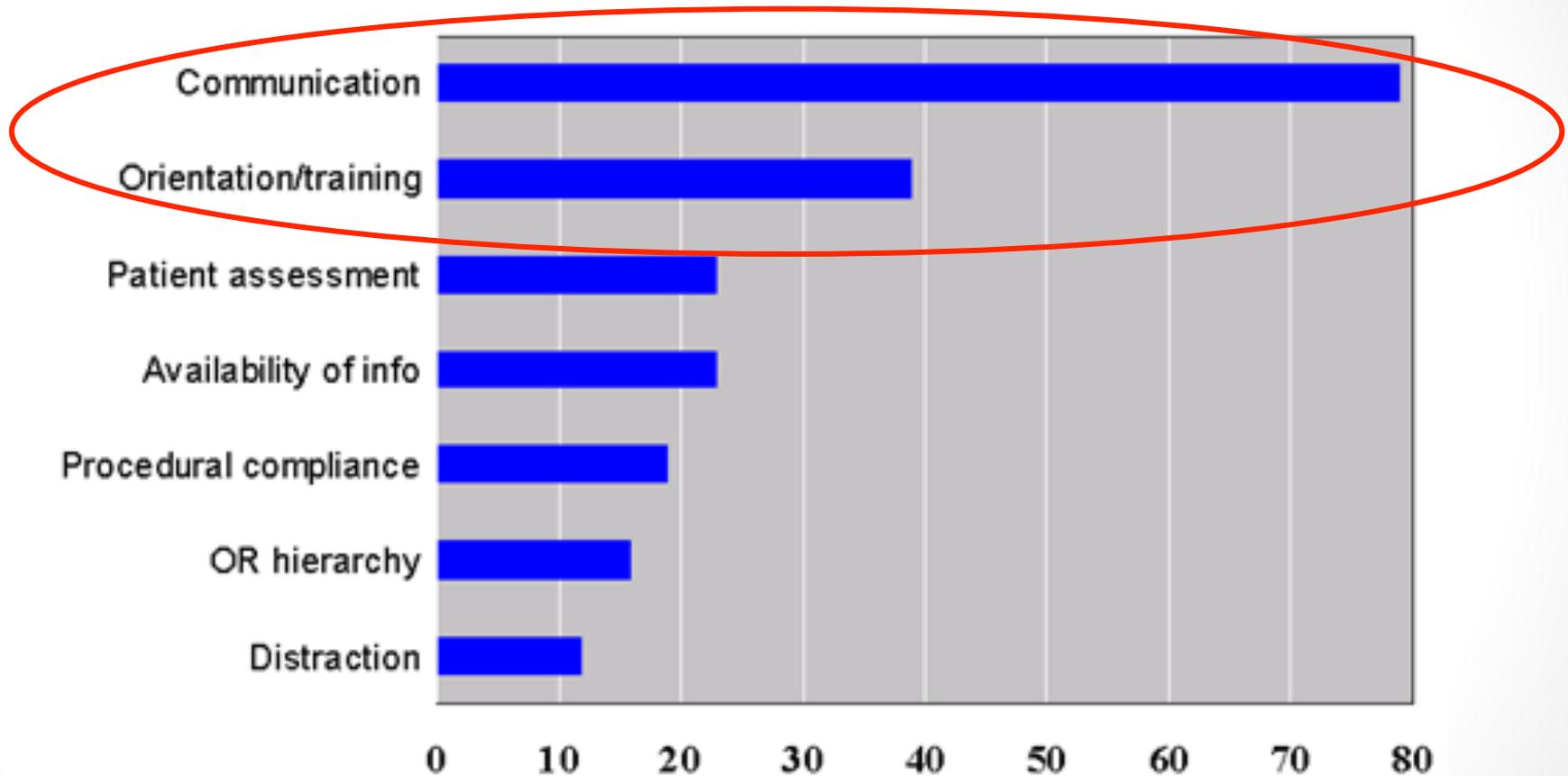


Travail d'équipe observé



Error, stress, and teamwork in medicine and aviation:
cross sectional surveys

Causes racines



JCAHO, « Sentinel alert statistics »

Dans votre équipe, discuter de ses erreurs est

1 Facile

73 %

2 Difficile

26 %

Erreur: conscience?

Questionnaires à 1033 médecins, infirmières, internes

- **Un tiers** des médecins de réa ne reconnaissent pas commettre des erreurs.
- **La moitié** des médecins de réa reconnaissent qu' il est difficile de discuter des erreurs.

Error, stress, and teamwork in medicine and aviation:
cross sectional surveys

J Bryan Sexton, Eric J Thomas, Robert L Helmreich

BMJ 2000; 320:745-9

OMS : des constats, un projet

- ▣ 234 millions d'interventions dans le monde.
- ▣ 7 millions de complications post opératoires graves
- ▣ 1 millions de décès péri opératoires.
- ▣ La moitié de ces décès seraient évitables grâce à une optimisation des pratiques anesthésiques et chirurgicales.

**=> Programme OMS « Safe Surgery Saves Lives »
« Une chirurgie sûre sauve des vies » - 2008**

Programme OMS « Safe Surgery Saves Lives »

« une chirurgie sûre sauve des vies »

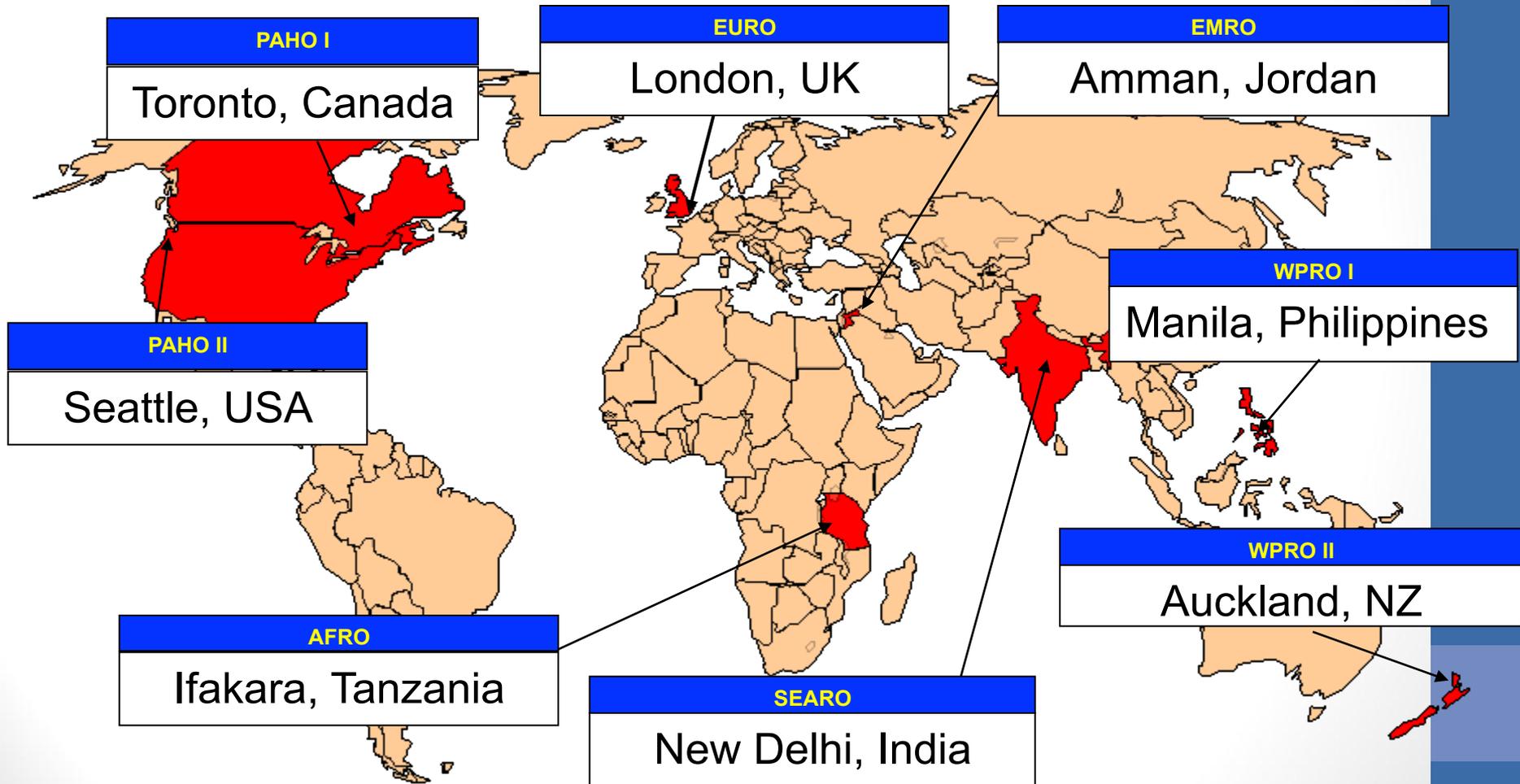
- 4 domaines d'amélioration

- ✓ Prévenir l'infection du site chirurgical
- ✓ Sécuriser l'anesthésie
- ✓ Sécuriser les équipes chirurgicales
- ✓ Evaluer les services de chirurgie

- 10 objectifs pour les équipes chirurgicales

1. L'équipe médico-soignante coopère pour éviter toute erreur de site opératoire.
2. L'équipe s'attache à éviter les complications anesthésiques, tout en assurant une analgésie optimale.
3. L'équipe s'assure de la détection et de la prévention de toute détresse respiratoire.
4. L'équipe se prépare à l'éventualité d'une hémorragie abondante.
5. L'équipe contrôle les possibles effets indésirables des traitements mis en œuvre et les allergies connues chez le patient.
6. L'équipe met tout en œuvre pour éviter les infections du site opératoire.
7. L'équipe met en place des mesures pour éviter de laisser *in situ* des matériels.
8. L'équipe s'assure de l'identification précise des prélèvements /pièces opératoires.
9. L'équipe développe une communication des informations essentielles pour assurer la meilleure qualité de l'intervention.
10. Les établissements de santé et autorités mettent en œuvre un suivi régulier des structures chirurgicales, activités et résultats.

La Check-list de l'OMS a été testée dans 8 sites...sur 8000 patients



Pour vous la check liste :

1 Réduit la morbidité

84 %

2 Réduit la mortalité

63 %

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

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*

ABSTRACT

Résultats tous sites confondus

	Avant C/L	Après C/L	P value
Nombre de patients	3733	3955	-
Décès	1.5%	0.8%	0.003
Taux de complication (tous types)	11.0%	7.0%	<0.001
Taux d'infections du site opératoire	6.2%	3.4%	<0.001
Taux de ré-interventions non programmées	2.4%	1.8%	0.047

Pas de groupe contrôle dans 8 pays,

Standards de soins très différents

Dans les pays du même niveau de développement que la France ...

	Complications postopératoires	Décès postopératoires
Pays à haut niveau de développement	10.3% -> 7.1%*	0.9% -> 0.6%
Pays en voie de développement * p<0.05	11.7% -> 6.8%*	2.1% -> 1.0%*

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Strategies for Improving Surgical Quality — Checklists and Beyond

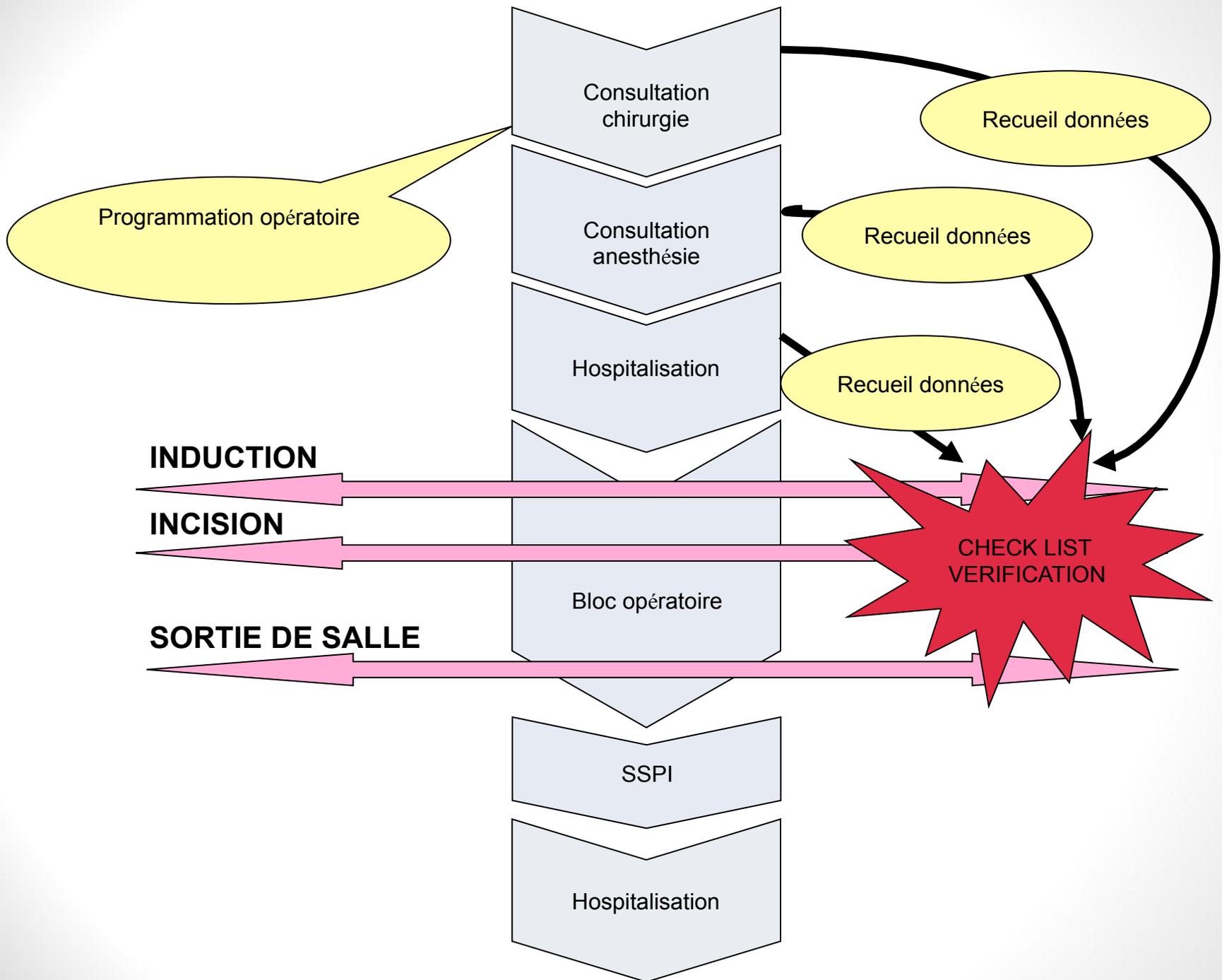
John D. Birkmeyer, M.D.

*”checklists seem to have crossed the
threshold from good idea to standard of
care”*

les check-lists semblent être passées du seuil de la
bonne idée à celui de standard de soins.

La CL HAS Sécurité du patient au bloc opératoire

- Adaptation à notre système de soins
- 26 organisations professionnelles
- Obligatoire depuis janvier 2010
- Outil simple et efficace de contrôles prioritaires à effectuer systématiquement
- 22 points répartis en 10 items



La CL HAS Sécurité du patient au bloc opératoire

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

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

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

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1	Identité du patient : <ul style="list-style-type: none"> le patient a décliné son nom, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <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 dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4	Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié : <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
6	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> identité patient correcte intervention prévue confirmée site opératoire correct installation correcte documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
7	Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Antibiotrophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A

APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
9	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée, du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Abréviations utilisées :
C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008

Mode d'emploi

Le coordonnateur check-list est celui qui vérifie les items de la C/L - le plus souvent un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention ou le cas échéant, avec le professionnel qualifié en chirurgie ou anesthésie auquel a été délégué un temps opératoire.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

En présence au moins de l'équipe anesthésique et infirmière et si possible, avec l'équipe chirurgicale

- 1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient, son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identivigilance en vigueur dans l'établissement (braclet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.).
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navettes, etc.) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.).
- 3 L'équipe qui reçoit le patient en salle, dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires. La vérification de la préparation cutanée de l'opéré doit être effectuée à cette étape.
- 4 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie. Le critère NA concerne les interventions réalisées sans anesthésie.
- 5 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et les mesures à adopter ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
 - en cas de risque d'inhalation / difficulté d'intubation / ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévu. Le critère NA concerne les interventions réalisées sans anesthésie ;
 - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.).

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

- 6 Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site / intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
Il convient de vérifier également au plus tard à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para-cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
- 7 Il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésiste et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
 - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
 - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les co-morbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, anti-hypertenseurs, antidiabétiques, etc.) ;
 - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM). C'est également à cette étape que l'on procède à la vérification de l'antisepsie du champ opératoire (désinfection, antisepsie, etc.) réalisée selon le protocole de l'établissement.
- 8 Le coordinateur check-list vérifie que l'antibioprophylaxie si elle est indiquée, a bien été effectuée dans les 60 mn précédant le début de l'intervention chirurgicale.

APRÈS INTERVENTION

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

- 9 Le personnel infirmier confirme oralement avec l'équipe, le type de l'intervention enregistrée, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles ainsi que l'étiquetage des pièces opératoires et prélèvements.
Le coordinateur doit veiller à ce que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit identifié par l'équipe.
- 10 Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier examinent et transmettent les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge post-opératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie et, en particulier, si la procédure chirurgicale a dû être interrompue ou si une procédure alternative a été adoptée.

La check-list pourra être archivée selon la procédure d'évaluation en vigueur dans l'établissement, soit dans le dossier patient, soit au bloc opératoire.

La Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS Version 2010 - 02 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et en ce sens, n'est pas modifiable ; en revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs Collèges Professionnels / organismes agréés d'accréditation.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.

La réponse « Oui » a un item valide sa vérification croisée au sein de l'équipe. Si cette vérification n'a pu être réalisée, la réponse « Non » doit être cochée.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 Identité du patient :
- le patient a décliné son nom, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité
- Oui Non

- 2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :
- idéalement* par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique
 - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle
- Oui Non
- Oui Non

- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient
- Oui N/A

- 4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :
- pour la partie chirurgicale
 - pour la partie anesthésique
- Oui Non
- Oui Non

- 5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :
- allergie du patient
 - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque
 - risque de saignement important
- Oui Non
- Oui Non
- Oui Non

En présence au moins de l'équipe anesthésique et infirmière et si possible, avec l'équipe chirurgicale

De nombreuses procédures et documents sont déjà en vigueur pour la vérification de ces items :

- identitovigilance
- protocoles d'installation
- check list anesthésie (IADE)
- feuille d'ouverture de salle d'opération (IBODE)

Vers le développement d' une politique de qualité et de sécurité : des barrières nombreuses

- **Contraintes financières** : rémunération fondée sur le nombre d' actes / qualité
- **Partages de données cliniques**: absence de standardisation/informatisation et partage des données
- **Surcharge de travail**: acceptabilité = facilité d' apprentissage, de mise en œuvre et gain de temps
- **Culture de qualité et sécurité**: fondée sur l' analyse systémique et la recherche des causes racines et non sur la notion de culpabilité

Résultats : audit rétrospectif

- Metz
 - CL présente dans tous les dossiers
 - Taux de conformité 70%

- Nancy
 - CL présente dans 50%
 - Taux de conformité 20% (6 CL sur 28)

Résultats : auto-questionnaire

- Implication dans le remplissage de la CL
 - À Nancy
 - IBODE: 100%
 - IADE: 47%
 - MAR et chir: 32% et 15%
 - À Metz
 - IADE et IBODE: 95%
 - MAR et chir: 28% et 8%

Résultats : auto-questionnaire

	Nancy (n=34)		Metz (n=46)	
	N	%	N	%
Intérêt à utiliser la check-list				
Tout à fait d'accord	11	32,4	9	19,6
Plutôt d'accord	13	38,2	16	34,8
Plutôt pas d'accord	6	17,7	13	28,3
Pas du tout d'accord	3	8,8	8	17,4
Perception de la check-list comme une contrainte				
Oui	15	44,1	26	56,5
Perception de la check-list comme une barrière de sécurité				
Oui	24	70,6	19	41,3
La check-list renforce le partage d'informations dans l'équipe				
Tout à fait d'accord	5	14,7	3	6,7
Plutôt d'accord	6	17,7	14	31,1
Plutôt pas d'accord	15	44,1	16	35,6
Pas du tout d'accord	8	23,5	12	26,7

Résultats : auto-questionnaire

	Nancy (n=34)		Metz (n=46)	
	N	%	N	%
La check-list a permis de déceler une erreur				
Oui	11	32,4	7	15,2
Erreurs décelées				
Mauvais patient	1	9,1	0	0
Mauvais côté	1	9,1	2	4,3
Absence d'un document nécessaire à l'intervention	5	45,5	1	2,2
Allergie	5	45,5	1	2,2
Oubli de l'antibioprophylaxie	5	45,5	4	8,7
Défaut de matériel / Matériel absent	1	9,1	0	0

Pour vous la Check Liste est elle une bonne chose pour le patient?

1 Oui

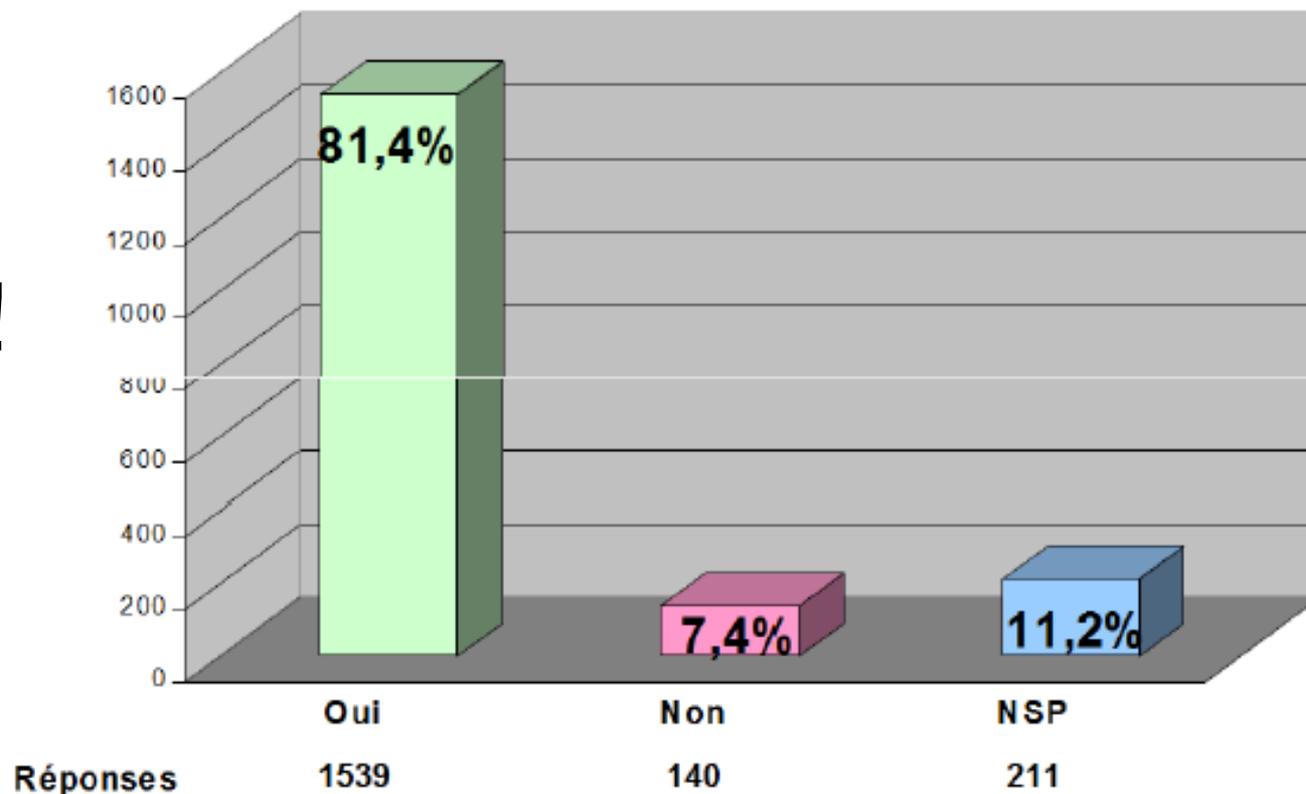
97 %

2 Non

2 %

La C/L est une bonne chose pour la sécurité des patients

OAA!



Evolution

Mesures entreprises par la HAS

- CL spécifiques
- Nouvelle version CL
- Modifications des 3 items les plus problématiques
- Redéfinition du rôle de coordonnateur
- « attestation d'engagement »
- Lettre du président de la HAS

Propositions: CFAR/SFAR

- Niveau 1: La CL est réalisée?

% Xie avec CL, % cases cochées, % Q7 cachées

- Niveau 2: La CL est « bien » réalisée?

Questionnaires individuels, audit de pratique
(communication+++)

- Niveau 3: La CL améliore t elle la culture de sécurité

Questionnaire culture de sécurité

- Niveau 4: La CL a-t-elle un impact

Quels indicateurs?

Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital

Nicole Vogts, Jacqueline A Hannam, Alan F Merry, Simon J Mitchell

Abstract

Aim Recent studies have demonstrated a reduction in perioperative complications if a surgical safety checklist is utilised. In our institution an adaptation of the WHO Surgical Safety Checklist is administered in 3 "domains": on arrival of the patient in the operating room (Sign In); before surgical incision (Time Out) and before the patients leaves the operating room (Sign Out). Since incomplete administration or staff disengagement could diminish any safety benefit we evaluated administration of this checklist.

Method 100 adult surgical cases were observed. Compliance with administration of the Sign In, Time Out, and Sign Out domains and their component checklist items was recorded. The timing of the checklist administration, and engagement of operating room teams were also assessed.

Results The rate (per 100 cases) of the checklist domain administration was: 99 for Sign In; 94 for Time Out, and 2 for Sign Out. The mean (range) checklist item compliance was 56% (27-100%) for Sign In, 69% (33-100%) for Time Out, and 40% for Sign Out. Checklist items related to patient identity and surgical procedure were administered in 100% of Sign In administrations. Timing of the checklist administration was appropriate in over 80% of cases. Engagement by theatre teams was frequently incomplete.

Conclusion The Sign Out domain was almost always omitted, which may increase the risk of important omissions in postoperative care. Most other aspects of checklist administration could also be improved. This will require strong leadership from senior clinicians in all relevant teams.

The incidence of preventable adverse events in the operating room (OR) is well documented.¹⁻⁴ Globally, more than 200,000,000 operative procedures are estimated to take place per year and it follows that the impact of surgery-related adverse events is substantial.⁵

The World Health Organization (WHO) Safe Surgery Saves Lives Challenge began in 2006 with the aim of developing global guidelines to promote patient safety in the OR and following operative procedures.⁶ From these guidelines, the *WHO Surgical Safety Checklist* was developed to address preventable adverse events in the OR setting.

Safety checklists are already in use in the medical setting,⁷ and are well established in other high risk professions; aviation is a clear example. However, the WHO Surgical Safety Checklist advances standard perioperative checklist practices in several key ways. First, it is administered in the OR, not in the preoperative area as has often been the case. Second, it is administered at three strategic points: on patient arrival but

Conclusion

- Adhésion des professionnels
- Persistance de difficultés
- Stratégie de déploiement
- Organisation bloc et intégration CL avec autres tâches
- EPP



Merci
de votre
Attention