

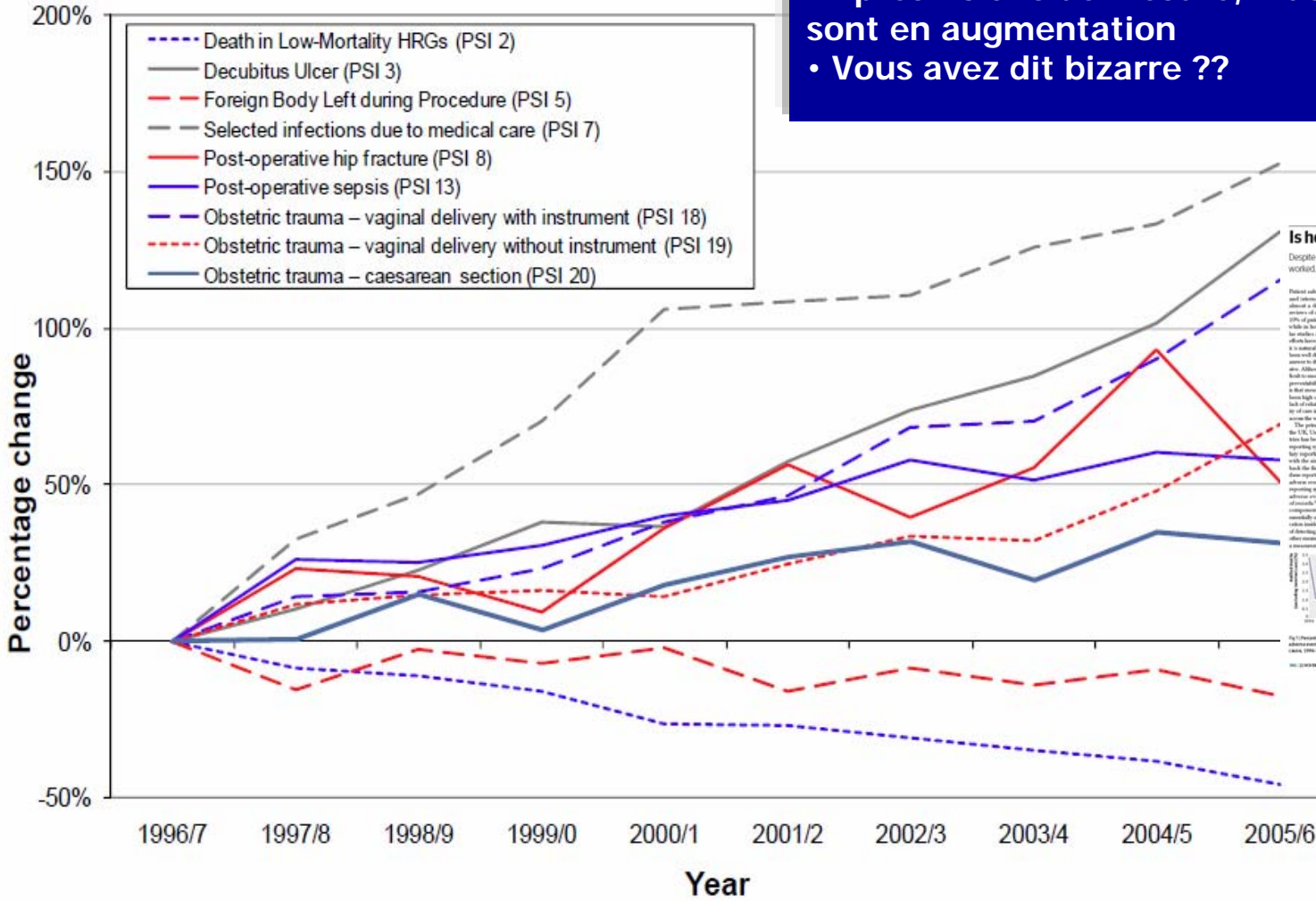


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Risques en chirurgie Place de la démarche d'accréditation

Novembre 2009

- Indicateurs de sécurité du patient retenus par le NHS Anglais
- Après 10 ans de mesure, 7 des 9 indicateurs sont en augmentation
- Vous avez dit bizarre ??



Is health care getting safer?

Despite numerous initiatives to improve patient safety, we have little idea whether they have worked. Charles Vincent and colleagues argue that we need to develop systematic measures

... health care safety, both across processes and outcomes. The NHS has made significant progress in patient safety, but we have little idea whether they have worked. Charles Vincent and colleagues argue that we need to develop systematic measures...

... health care safety, both across processes and outcomes. The NHS has made significant progress in patient safety, but we have little idea whether they have worked. Charles Vincent and colleagues argue that we need to develop systematic measures...

1. On mesure mal?

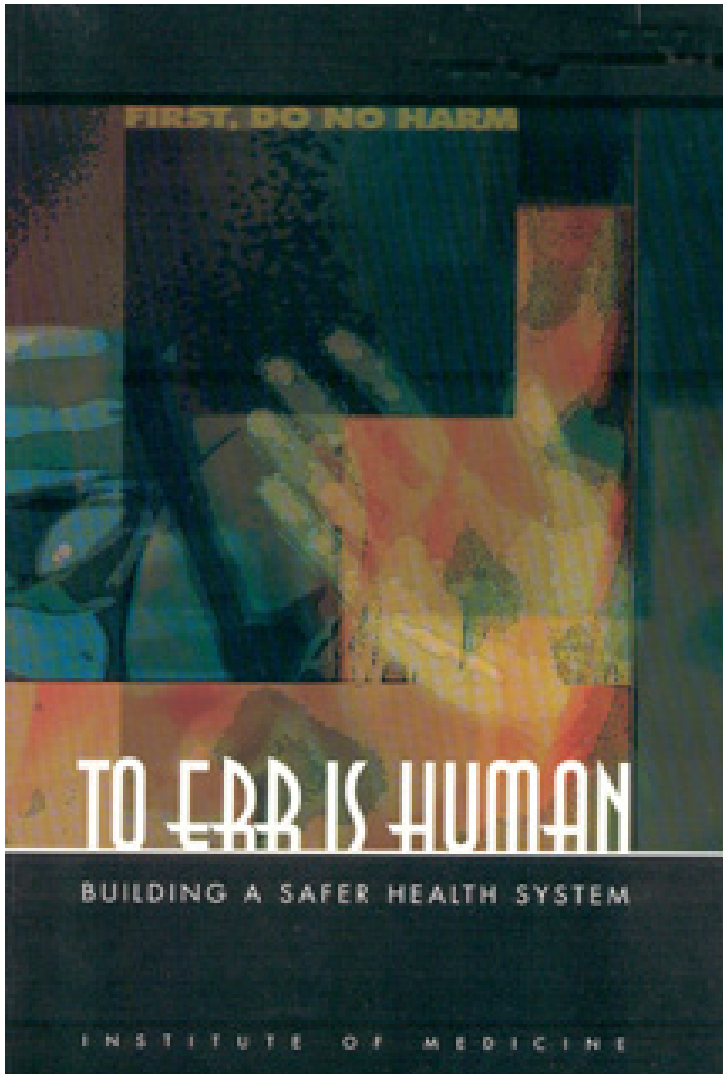
- On ne mesure pas
- On mesure trop le processus, pas assez le résultat sur le patient?

2. On comprend et on analyse mal?

- On déplace le 'risque hors du lampadaire'
- On reste trop lié à la qualité? On ne tient pas assez compte des autres bénéfiques

3. On reste trop hôpital centré, spécialité centré

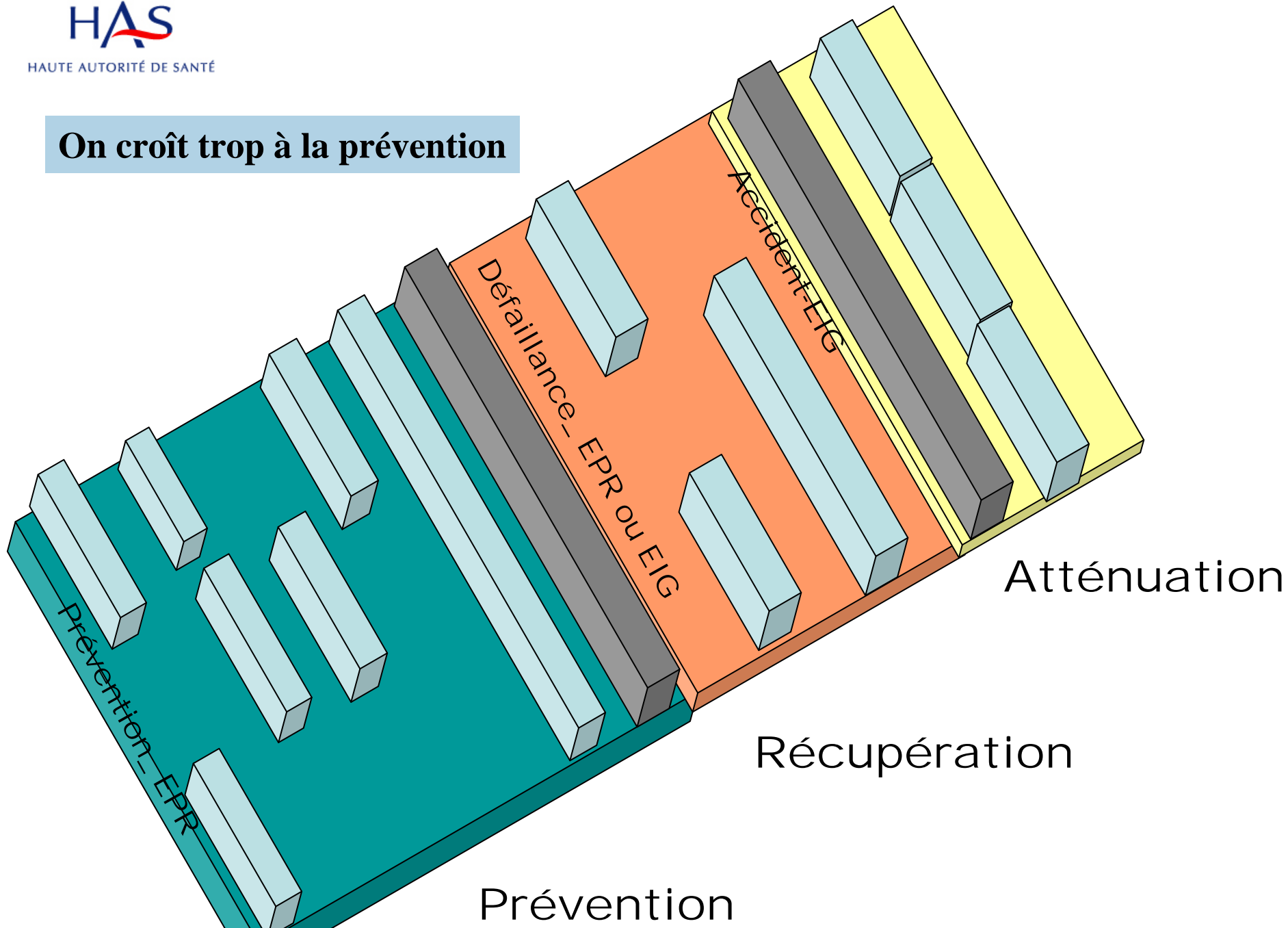
- Trop spécialité centré, il faut penser 'parcours du patient'



1. Les erreurs médicales constituent un sérieux problème
2. Leur première cause n'est pas l'incompétence des acteurs, mais la mauvaise qualité du système médical
3. On doit reconcevoir globalement le système médical
4. On doit changer la façon de former nos médecins
5. On doit faire de la sécurité médicale une vraie priorité nationale
6. On n'atteindra pas ces objectifs sans une démarche scientifique

www.iom.org

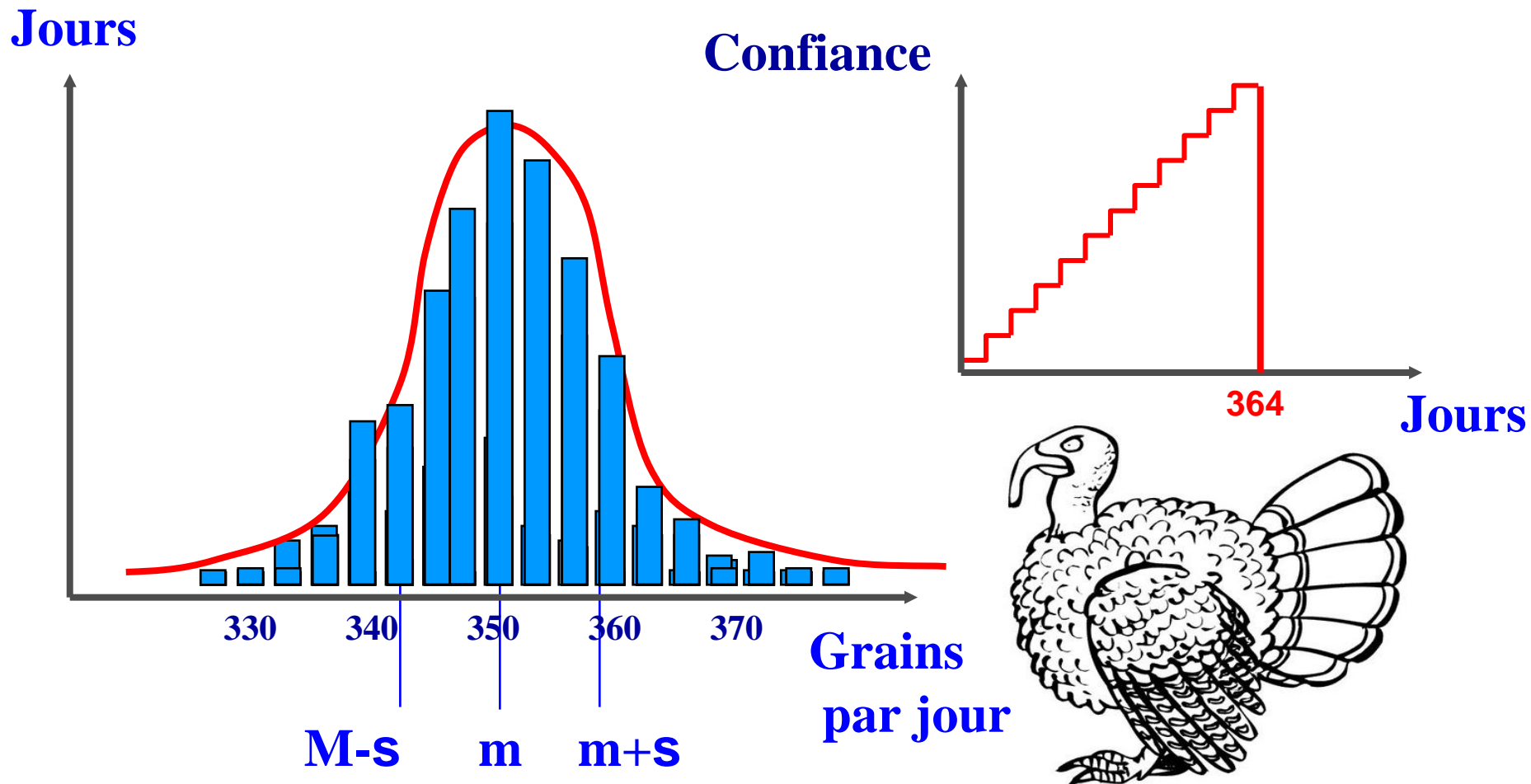
On croît trop à la prévention



La Qualité aveugle

Le modèle de la dinde inductiviste

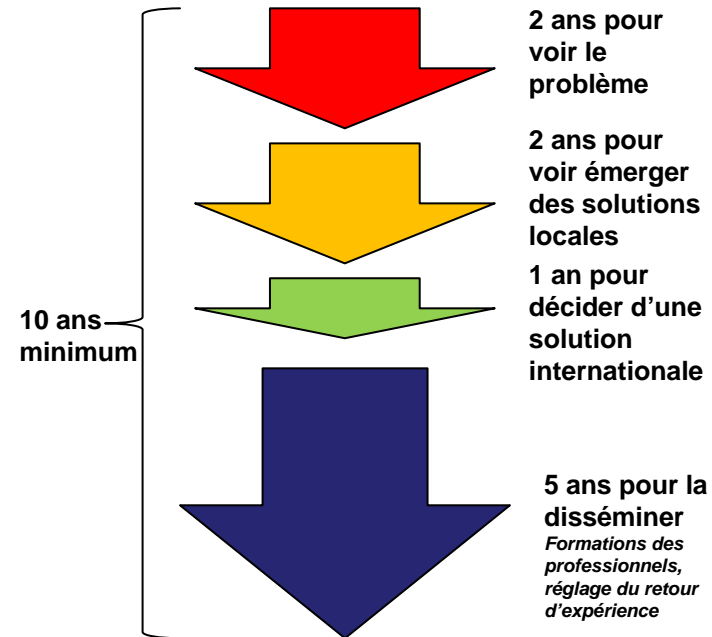
Source J. Pariès, DEDALE



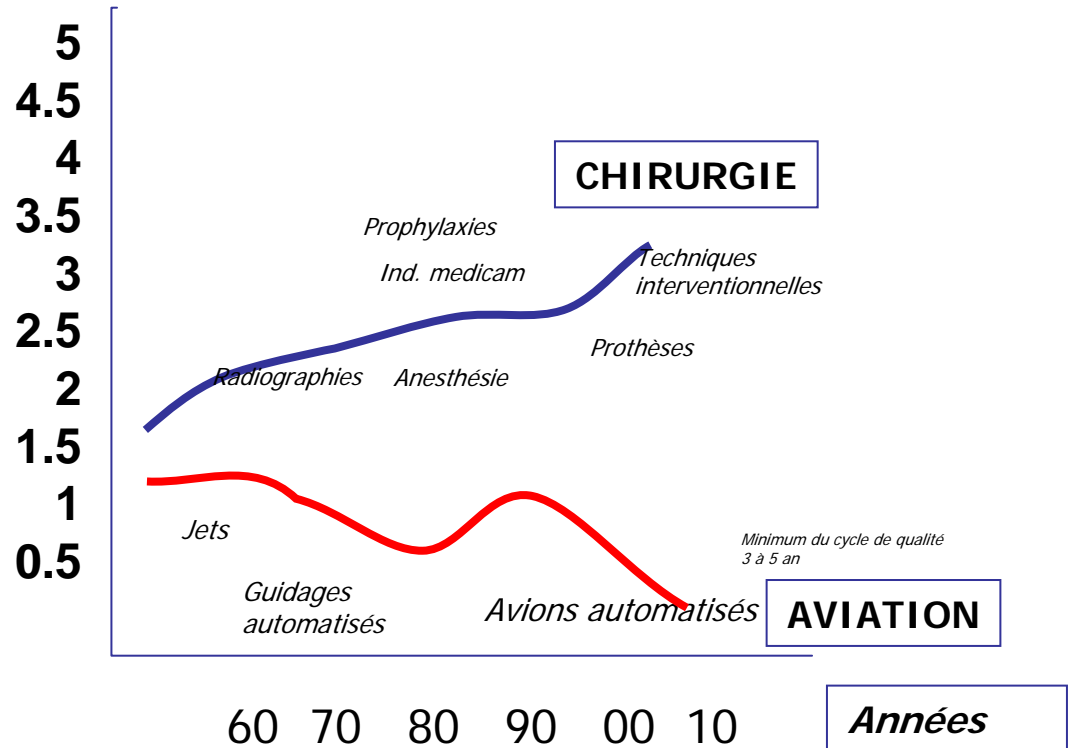
12 mars 2009

Conflits Innovation et Qualité

Le cycle moyen de la Qualité déployée au niveau international en aviation



Rythme moyen d'innovation majeure par décennie



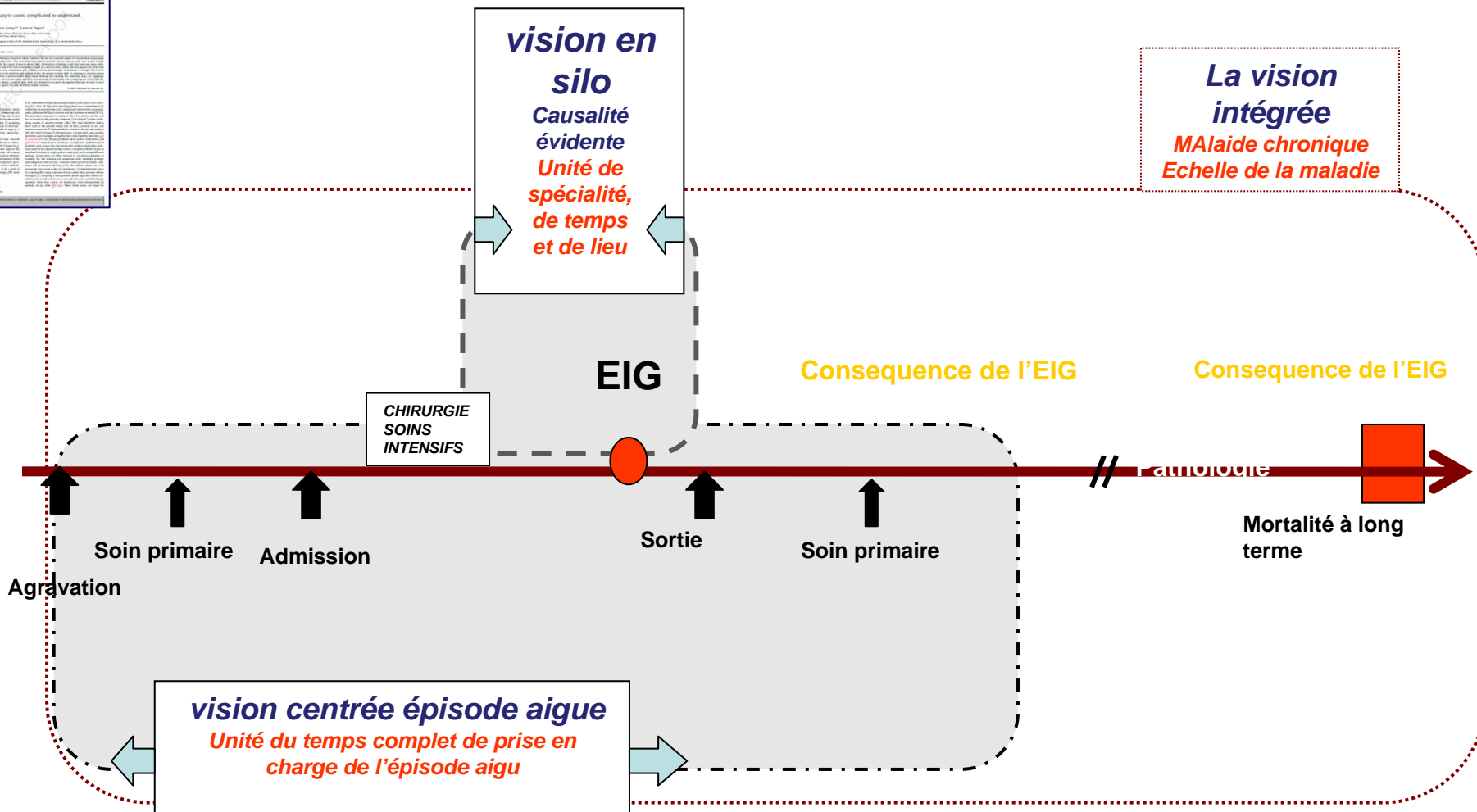
Dysfonctionnements dans l'information au patient, la planification de la sortie de l'hôpital et dans les soins de transition

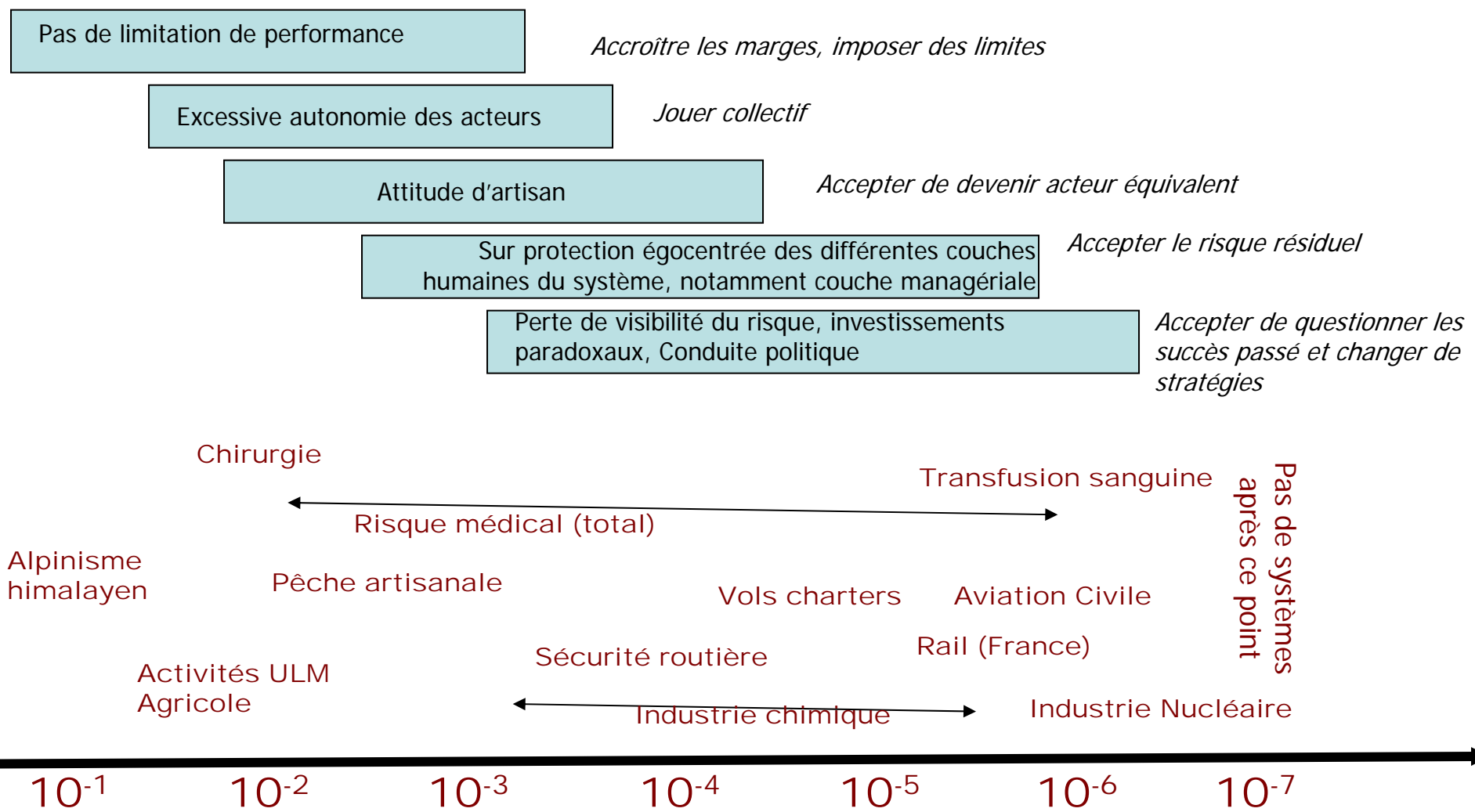
Questions	%	AUS	CAN	FR	ALL	PB	NZ	RU	EU
<i>N'ont pas reçu de consignes sur les symptômes à surveiller et quand avoir recours à des soins additionnels</i>		25	20	37	29	24	28	26	12
<i>Ne savaient pas qui contacter pour des questions sur leur état ou leur traitement</i>		15	11	16	11	13	14	17	8
<i>N'avaient pas de plan écrit pour les soins après la sortie</i>		43	29	39	40	37	31	32	9
<i>L'hôpital n'avait pas pris des dispositions pour un suivi par un médecin</i>		38	32	40	35	21	32	27	28
<i>Un de ces dysfonctionnement</i>		61	50	71	61	51	53	50	38

Base : Adultes qui ont été hospitalisés dans les 2 dernières années

Data collection: Harris Interactive, Inc.
Source: 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults

Trois horizons temporels pour analyser le risque





Une juste mesure requise

Artisans $S_{\text{totale}} = S_{\text{règles}} + S_{\text{expertise}}$

SECURISATION

Systemes ultra sûrs $St = S_r + S_e$

La question actuelle est de savoir si l'on peut concevoir un système du type:

$$St = S_r + S_e$$

Place des EPR dans cette amélioration de la sécurité

1. Réfléchir sur sa gestion des risques (Acquérir une Culture de sécurité)

- De façon non naïve, pragmatique
- Sur son propre exercice

2. Améliorer les pratiques, Apprendre à construire de façon consciente et transparente des compromis efficaces

- Sécurité / Performance médicale et économique
- Les solutions simples sont souvent les moins bonnes
 - Durée dans le temps
 - Réalisme
 - Coût efficacité

Retour sur vos déclarations

1. Analyse des titres des 3539 derniers EPR entrés dans la base (n° 116962 à 25761)

2. Complémente l'analyse produite à la première commission inter spécialités qui portait sur les 1250 premiers EPRs

- Deux objectifs
 - La qualité des titres
 - Le contenu et des informations sur le poids relatif des sujets traités
- Méthode : indexation de tous les titres par spécialités, et qualités (EPR ciblés ou non), ouverture des dossiers pour les titres ambigus

1. Déclaration obligatoire des EIG à l'InVS

- Test en cours, horizon Octobre 2010
- Définitions à l'issue :
- Inclus quasiment sûrement : morts inexplicés, transferts inexplicés en réanimation (compte tenu pathologie), erreur de patients, erreur de site,
- Inclus -mais probablement avec des nuances laissées à appréciation (critères de gravité) : ré-interventions, HPP, embolies, ...

2. Déclaration d'EPR

- Bordures hautes avec EIG : tout ce que EIG n'est pas, notion d' happy end
- Bordures basses avec conditions facilitantes banales : caractère de l'infirmière ou de l'anesthésiste?, changement de salle imposé par la régulation du bloc?...changement d'IBODE,

1. Analyse absente

- Scialytique en panne, boîtes pas encore ouvertes
- On a pu changer de salle heureusement

2. Analyse laconique et insuffisante

- Antibioprophylaxie pas faite... je m'en aperçois en quittant le bloc
- C'est la faute de l'anesthésiste remplaçant

3. Analyse naïve

- Manque une compresse
- Compresse en dehors du bloc probablement amenée par anesthésiste sous ses pieds
- ...
- Solution préconisée : interdire à l'anesthésiste de sortir du bloc

1. L'orthographe s'est nettement améliorée

2. Pas nécessairement les titres... comme le montre ce court extrait du bêtisier:

- Absence totale de titre dans 27 cas...
- 'EPR déjà déclaré: erreur de transmission' (nda: pourquoi ce titre??)
- 'EPR ciblé' ou 'EPR non ciblé' (9 cas au total... un même auteur probable...)
- 'a3' (nda: concis et mystérieux)
- 'Plaies vaginales (forceps) hémorragie gravissime, choc cardiogénique' (nda: un EIG peut être??)
- 'Décès maternel par rupture artère rénale en post partum' (nda /un EIG sans doute...)
- 'Prise en charge correcte d'un accouchement' (nda: et alors?)
- 'Défaut d'exécution de la prescription' (nda: le contenu de l'EPR porte sur une chute de la table d'opération..où est le lien?)
- **AU TOTAL, 764 titres sur les 3548 examinés sont plus ou moins ambigus, ne permettant pas de trancher sur EPR ciblé ou non, dont 107 franchement mystérieux ou non classifiables par un lecteur averti.**

	Total EPRs	Total analysé	Fraction analysée	Erreur de site, erreur de côté	Erreur de patient	Erreur de program.	Défaut ATB prophylx	Défaut de prépa (divers)	Fraction Tous défauts / EPRs
Chirurgie Urologique	438	241	55,02	20	11	3	62	74	70,5
Chirurgie Viscérale et digestive	915	595	65,03	46	20	1	7	92	27,9
Chirurgie Vasculaire	701	496	70,76	222	15	3	7	90	67,9
Chirurgie Thoracique et cardiologique	170	108	63,53	2	3	0	1	27	30,6
Chirurgie Plastique et reconstructrice	1329	615	46,28	13	13	4	35	310	61,0
Chirurgie Orthopédique	1848	757	40,96	126	15	19	103	410	88,9
Chirurgie gynécologique et obstétricale	855	483	40,96	2	2	1	4	6	3,1
Anesthésie-Réanimation	292	173	59,25	1					0,6
Echographie		64	60	1					1,5
autres spécialités cumulées		3	3						
			totaux	433	79	31	219	1009	1771
		3531							50,20

Conclusion quatre efforts nécessaires dans l'analyse des risques

1. Analyser en profondeur, ne pas s'arrêter sur les évidences de surface
2. Ne pas traiter que les sujets spectaculaires pour attaquer la compréhension du vrai risque
3. Conduire une analyse débordant la fenêtre temporelle étroite de l'évènement, penser complications post opératoires et pas simplement acte technique chirurgical
4. Prendre le problème du risque avec réalisme: ses propres risques ne sont pas nécessairement ceux de l'autre clinique. Les bonnes solutions sont des compromis maîtrisés



Breaking the mould in patient safety

To achieve real improvements in patient safety we need to look at the whole of patients' care not just specific procedures, argues Laurent Degos and colleagues

Patients safety currently receives around 10% of the attention of the medical profession. This is a significant underestimate of the true scale of the problem. The most common cause of patient death in hospital is not a specific procedure, but a complication of care. This is a problem that has been largely ignored. The authors argue that the current focus on specific procedures is a narrow view of patient safety. They propose a broader approach that considers the whole of patients' care. This includes the patient's journey from home to hospital and back again. The authors argue that this approach is essential for achieving real improvements in patient safety.

Commissioned paper / Commentary to Leape and al' paper
Viewing the safety imperative from the French policy perspective
Rene Amalberti*, Charles Bruneau*, Laurent Degos**
Senior advisor patient safety, Haute Autorité de Santé, HAS
Senior advisor International affairs, Haute Autorité de Santé, HAS
Chair HAS, Haute Autorité de Santé, France

J. France has been slower than other European countries and the US in developing a national concerted strategy for patient safety

French solutions may choose their doctors and specialists (designs a call pre-emptive mechanism, admitted in 2005), accede to public and private hospitals, go down our physicians in activities in welfare, activities, in often in their way. The country could really learn the best OECD