

High 5'S vs check list HAS

Tolos'IADE

26 novembre 2016

Murielle BLANC: Chargée Qualité et gestion des risques

PRESENTATION DE L'HOPITAL JOSEPH DUCUING (HJD)

- **Structure gérée par une association loi 1901 « AMS »**
MCO, SSR, médico social - 258 lits et places- Toulouse- St Cyprien
- **Adhérent FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)**
- **ESPIC, secteur privé à but non lucratif, chargé de mission de service public**
- **Capacité MCO:**
 - 29 lits de chirurgie générale (orthopédie/traumatologie- viscéral/digestif- Gynécologie)+ 9 places UCA
 - 39 lits d'obstétrique + 1 service d'orthogénie
 - 36 lits de médecine + 5 places hôpital de jour + 10 lits CRASP
 - 1 service d'urgence- 5 lits UHCD
 - 1 bloc opératoire 6 salles

SCENARIO CLINIQUE

Source: prevention-medicale.org

- **04/02:** Femme de 39 ans ressent une douleur genou droit lors d'un jogging- Consulte aux urgences du centre hospitalier: entorse genou droit; Attelle et traitement antalgique
- **14/02:** consulte le médecin du sport; confirmation du diagnostic- Prescription d'IRM: rupture LCA genou droit + lésion ménisque interne- traitement: kinésithérapie
- **17/04:** amélioration clinique transitoire- Consultation chirurgicale- Indication opératoire et programmation de l'intervention
- **01/07:** j-1 admission de la patiente à la clinique
- **02/07:** patiente changée de chambre pour raison hôtelière- Elle est préparée et transférée au bloc opératoire- Entre en salle d'induction- Lors de la pose de la VVP: malaise vagal- Décision du MAR de faire une AG au lieu d'une ALR comme prévu- Installation de la patiente dans une salle d'intervention différente de celle de la programmation- Installation en salle dite « genou gauche »- Endormie par MAR- IBODE installe le genou gauche (garrot...), badigeon, pose des champs stériles- Arrivée du chirurgien, incision du genou gauche- Ne retrouve pas les lésions- demande le CR de l'IRM- Non présent au bloc- Continue l'intervention- En fin d'intervention l'IBODE suspecte l'erreur de côté- Le chirurgien reprend le dossier et constate l'erreur- Il informe la patiente du dommage en SSPI
- La patiente saisit la CCI (Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux)

BARRIERES DE PREVENTION	Barrières respectées ?	Contribution
- Marquage préopératoire du site à opérer par le chirurgien en accord avec le patient (avant toute administration de sédatifs) (American College of Surgeons-réf1)	NON	Important
- Site à opérer confirmé par le patient en salle de préanesthésie (avant induction anesthésique) (HAS check-list bloc opératoire)(réf 2)	OUI (genou droit,) mais transfert de la patiente dans un bloc opératoire réservé aux interventions ... sur le site opposé (genou gauche)	
- Vérification du site à opérer en salle d'intervention	NON	Majeure
- Présence du dossier de la patiente - notamment des documents établissant le site à opérer- dans la salle d'intervention (références 1 et 2)	NON	Important
BARRIERES DE RECUPERATION	Barrières respectées ?	Contribution
- Avant incision, vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe,	NON	Majeure
- Constat chirurgical per opératoire de l'erreur de site par le constat de l'absence de pathologie	OUI, mais l'équipe n'a pas montré le bon dossier au chirurgien pour prendre sa décision	Important
BARRIERE D'ATTENUATION	Barrières respectées ?	Contribution
Information rapide de la patiente et prise en charge responsable	OUI	

ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES

- Causes institutionnelle, organisationnelle, environnementale, équipe
 - Check list- marquage-programmation à risque- absence du chirurgien à l'installation, série d'incidents : modification des habitudes, faiblesse collective du contrôle du site opératoire

AVIS DE LA CCI (commission de conciliation et indemnisation)

La responsabilité du dommage incombe à:

- 60% au chirurgien (installation sans sa présence)
- 20% au MAR (installation sans chirurgien, DAN noté côté droit)
- 20% à l'organisation (pas de marquage, bracelet; dossier d'un autre patient en salle)

Incompétente- Car pas de séquelle-

Relève que l'erreur de côté est une faute à charge des chirurgiens, MAR et clinique

AVIS DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

- Les magistrats retenaient l'ensemble des conclusions du rapport d'expertise et condamnaient le chirurgien, l'anesthésiste et la clinique à verser à la patiente la somme de 24 200€ (dont 4 000€ pour les frais de justice) à hauteur, respectivement pour chacun d'entre eux, de 60%, 20% et 20%.



Retour d'expérience: Comment HJD améliore la sécurité des patients sur son parcours chirurgical?

Projet « High 5's: Agir pour la sécurité des patients »

- Projet international lancé par l'OMS en 2006
- Réunit 8 pays : Australie, Allemagne, Pays Bas, Canada, Etats-Unis, Singapour, République de Trinité-et-Tobago, France.
- En France, le projet est coordonné par la HAS, depuis 2009, soutien du Ministère de la Santé, dans deux solutions :
 - Solution 1 : « [la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie](#) ».
 - Solution 2 : « [la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins](#) ».
- La HAS s'est associée au [CEPPRAL](#) pour l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre et l'évaluation de la "solution 1" et à l'[OMEDIT Aquitaine](#) pour la "solution 2".



PROJET HIGH 5's

«Prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie »

- **Qu'est ce que High 5's?**

- Tester la mise en œuvre d'un **protocole opérationnel standardisé (SOP)**, afin de **réduire de manière significative, pérenne et mesurable** « les erreurs de procédure et de site en chirurgie »

- **Son objectif**

- Prévenir:

- Les erreurs de patient
- Les erreurs de site opératoire
- Les erreurs de procédure chirurgicale

Le bon patient, le bon acte, au bon endroit

Comment HJD se saisit du projet ?

Professionnels
soignants-
Approche participative
et pluridisciplinaire

2009
Contexte
Culture sécurité
1 EIG « Erreur de côté »

HAS
HAUTE AUTORITE DE SANTE

CEPPRAL

Projet High 5's



Groupe projet :
1 Leadership-Binôme
Direction Soins et chirurgien

Organisation des soins
associée à la GDR –
participation ARS

Equipe médico-
chirurgicale

Sens médical et
amélioration culture
sécurité



Absence de moyen humain ou financier dédié
recherche d'un **bénéfice direct et pérenne**

Pour le patient :

- ❖ Diminuer le taux d'erreurs chirurgicales (css), stopper les erreurs potentielles
- ❖ Statistiquement : erreurs rares bien que sous estimées...
- ❖ Donc inclure :
 - Tous les patients (3 spécialités)
 - Tous les modes d'hospitalisations
 - conventionnel, urgences, **UCA** ++

➡ Intervention totale : 8750 actes / an



Bénéfice direct et pérenne

Pour les soignants

Déjà «submergés» par de nombreuses cases à cocher (pression de la traçabilité)

- ❖ D'où procédure unique (projet intégré), reproductible, sans redondance
- ❖ Applicable quelques soient la spécialité, le mode d'hospitalisation
- ❖ Compréhensible par tous les acteurs (IDE, IBODE, IADE, Anesthésistes, Chirurgiens)
- ❖ Simple d'accès : infographie

Ce sera le **Livret Parcours Interventionnel Patient**



Bénéfice direct et pérenne

Pour l'institution :

- ❖ Amélioration **qualité et sécurité des soins**
- ❖ **Innovation** dans l'**organisation** des soins
- ❖ **Bénéfice économique** par une approche « Process » :
un parcours patient fluide avec des étapes prédéterminées

Comment l'hôpital a-t-il mené le projet ?

→ Méthodologie-Échéance-Retex-Retour indicateurs

<u>APPROCHE PROCESSUS</u>	<u>MESURE NIVEAU CULTURE SECURITE</u>	<u>MARQUAGE</u>	<u>TIME OUT</u>	<u>COMMUNICATION INTERNE +++</u>
Description du parcours patient chirurgie	1 Enquête	1 Procédure	1 Enquête sociologie	Retour d'expériences, analyse d'erreurs... Réunions services
Méthodologie: 1 livret parcours patient interventionnel	Questionnaire 12 dimensions	Le guide HAS Puis...	Observations + entretiens	Film sur le thème de l'accueil du patient au Time Out Posters
Informations/Éléments du Protocole standardisé/ Traçabilité centralisée sur 1 document Pour 18 opérateurs	Résultats Restitués par services	Adaptation par HJD - Délégation du marquage - 1 procédure - Élaboration d'un poster (support unique)	Des axes d'amélioration visant à faciliter la pratique du time out	Diffusion large sur HJD au cours d'une journée « gestion des risques » Affichage Articles Journal interne HJD

Working team on an integrated approach

Making ours the HIGH5s procedure for safe care

Préoccupations de la culture de sécurité des soins	Services de soins											
	Différents unités	Uro	Gen	ORL								
1. Travail érigé dans les services ou parties de soins	7	18	17	24	21	20	22					
2. Adresses et actions des signataires	62%	54%	50%	52%	55%	73%	44%					
3. Soutien de management pour la qualité des soins	71%	75%	67%	58%	42%	64%	64%					
4. Organisation appropriée et actualisation continue	62%	54%	51%	46%	35%	43%	23%					
5. Formation globale de la sécurité des soins	61%	65%	55%	54%	42%	50%	44%					
6. Communication autour de l'erreur	62%	58%	51%	47%	32%	50%	55%					
7. Labels d'identification	61%	75%	52%	51%	48%	56%	54%					
8. Fréquence de signalement des événements indésirables	47%	35%	32%	37%	45%	57%	54%					
9. Travail érigé dans les services ou parties de soins	71%	65%	55%	42%	42%	65%	54%					
10. Ressources humaines	45%	54%	25%	52%	42%	45%	35%					
11. Disponibilité de l'information	36%	35%	37%	31%	47%	49%	25%					
12. Réponse non punitive à l'erreur	35%	35%	34%	35%	35%	34%	37%					
Pratiqués tous	54%	58%	35%	52%	42%	54%	45%					

LE MARQUAGE OBLIGATOIRE C'EST LA SECURITE OPERATOIRE

POURQUOI ?
Eviter de fautes de soins, de personnes ou de patients impliqués dans des erreurs.

COMMENT ?
Impliquer le patient et ses proches.
Participer à l'élaboration, à l'actualisation et à la mise à jour.
Assurer la formation et l'entretien.
Assurer la mise à jour des documents.
Prévoir un signalement régulier.
Prévoir un suivi des incidents.
Prévoir un retour d'expérience.
Prévoir un suivi des incidents.
Prévoir un retour d'expérience.

QUAND ?
Avant tout acte chirurgical.
Avant tout acte invasif.
Avant tout acte de soins.
Avant tout acte de soins.

OÙ EST MARQUÉ ?
Sur le patient.
Sur le dossier.
Sur le dossier.
Sur le dossier.

Les nouvelles formes d'apprentissage collectif sur la prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie

Approche sociologique d'un programme visant à faciliter la mise en œuvre des protocoles standardisés

Aude Parfaite

High 5s, un projet OMS

"Le time out au centre hospitalier Joseph Ducuing (Toulouse)"

Présenté par la Haute Autorité de Santé et le CEFPRAL - Lyon

Conception et réalisation Elandine Fort Interne de Santé Publique

Remerciements à toute l'équipe de chirurgie du centre hospitalier Joseph Ducuing

Musique: Grace Valhalla "Jim"

Octobre 2012



Le LPIP

High 5
HAS
HAUTE AUTORITE DE SANTE

CEPPRAL

HD

FEHAP
FEDERATION EUROPEENNE
DES HEPATOLOGUES

Etiquette patient

Date d'intervention :

Si intervention annulée :

Date de report d'intervention :

**L
I
V
R
E
T**

**PARCOURS
INTERVENTIONNEL
PATIENT**

Version 7 _mars 2016
Réalisé par : Dr FRITSCH
Dr FUZIER
C. PEYRAUD

Le LPIP

 CHIRURGIEN <i>EN CONSULTATION</i>	Etiquette patient	Vérification identité : Nom Prénom Date de naissance <input type="checkbox"/>
INTERVENTION		
Date :	Opérateur :	
Intitulé technique :	Position opératoire :	
Site et côté :	Marquage cutané pré-op : <input type="checkbox"/> Requis <input checked="" type="checkbox"/> Non Requis F <input type="checkbox"/> Avec risque	
Matériel à prévoir : DMI / DMS	<input type="checkbox"/> Amplificateur de brillance	
	<input type="checkbox"/> RCP infectiologie demandée	
	<input type="checkbox"/> Mesures d'hygiène renforcées	
Durée d'intervention :	Type d'anesthésie proposée :	Protocole pré-opératoire :
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/> EXTERNE		
<input checked="" type="checkbox"/> UCA	<input type="checkbox"/> < à 4h post-op	<input type="checkbox"/> Ordonnance post-op remise
	<input type="checkbox"/> > à 4h post op	

High5's aujourd'hui ... en chiffres

Les indicateurs

- Evaluation de la traçabilité:

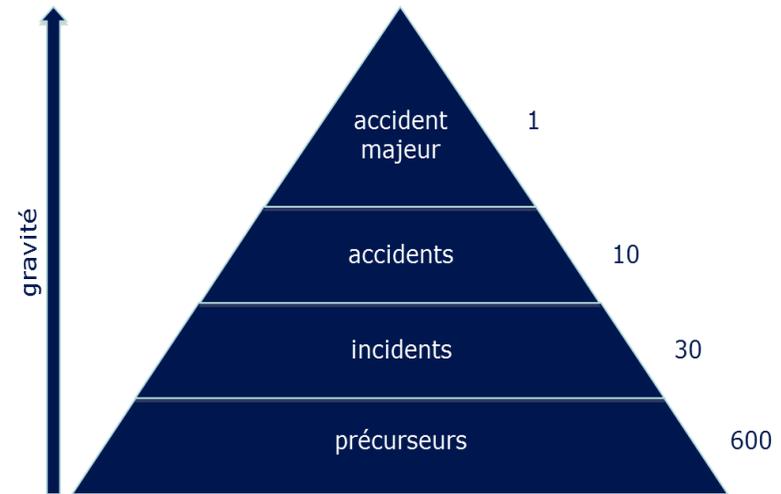
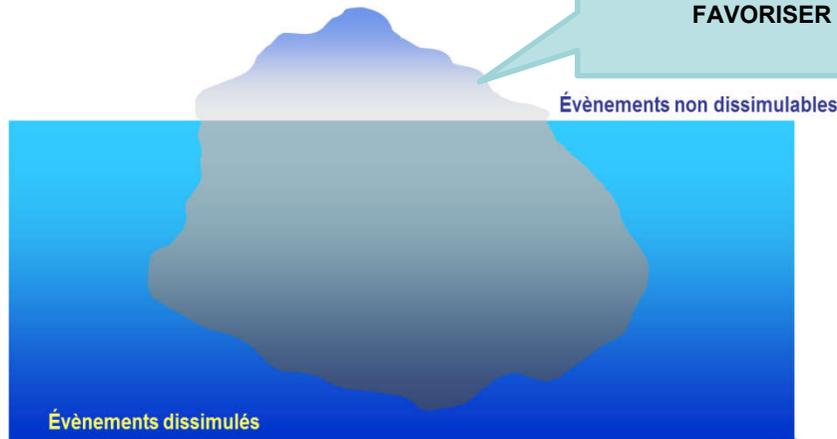
CS0	% check-lists initiées	100%
CS1	% de cas pour lesquels la procédure de vérification pré op est complète	99,2%
CS2	% Marquage correctement effectué	91,1%
CS3	% Time out complet	88,6%
CS4	% discordance notée au Time out	11,4%
CS5	% interventions réalisées malgré 1 discordance non résolue au time out	100%
CS6	% interventions annulées malgré une discordance au time out	0
CS7	% interventions incorrectes	0%

Discordances
résolues

Des vérifications préopératoires de mieux en mieux réalisées
Globalement: un bon dépistage des erreurs, une bonne récupération

Favoriser la déclaration

LES EIG ET EI VISIBLES
FAVORISER LA DECLARATION



Pyramide de Bird - Heinrich

H5's Vs Check list HAS

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

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE »

Version 2016



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	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient <ul style="list-style-type: none"> ■ pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <p><i>Acte sans prise en charge anesthésique</i></p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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* <input type="checkbox"/> N/A ■ risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) 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 concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) <ul style="list-style-type: none"> ■ sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A ■ sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <p><i>Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]</i></p>
9	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R ■ 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

ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.

APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
10	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p><i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</i></p>
11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS 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



H5's Vs Check list HAS

- Pas de compétition ni d'opposition
 - Complémentaires
 - La check list HAS est intégrée au LPIP
 - Points sécurité faits sur le parcours patient: «de la consultation à la sortie du bloc»
 - Visite en 2014 Directeur qualité performance de la HAS
-
- **Détecter les non conformités et les résoudre (success stories)**
 - **Sur le parcours patient/ pas seulement à l'étape bloc opératoire**



High5's aujourd'hui ... en pratique

Action élémentaire : La vérification croisée
Vérification préopératoire-Procédure
marquage-Time out

Un lieu, un moment
Des acteurs
Une action tracée

Points clés :

- Parcours d'étapes prédéfinis (Culture industrielle ...)
≠ de culture médicale adaptée au cas particulier du patient
- Oralité sans théâtralisation (bien se placer – gérer ses émotions)
- Donner le même poids à la parole de différents acteurs médicaux ou paramédicaux (≠ hiérarchie habituelle)
- Le patient est acteur

Limite :

- Culture collective ≠ responsabilité partagée



Objectifs atteints ?

- ❖ **Patient :** Oui- erreurs arrêtées
- ❖ **Soignant :** Oui - livret parcours interventionnel
- ❖ **Institution :** Oui
 - Fluidité et sécurité dans l'organisation des soins (UCA +++)
 - Meilleure définition du travail d'équipe:
 - Homogénéisation des pratiques
 - Chaque professionnel fait sa tâche complètement au bon moment
 - Partage des données et échange à des étapes prédéfinies



Le devenir

- Préparer une informatisation « cohérente » du dossier
- Volonté des professionnels de garder cet outil sécuritaire



- **Merci**

- **Remerciement au groupe projet (2010-2014) :**
- Fabre Monique DSI
- Dr Fritsch Sylvie chirurgien chef de service
- Dr Remi chirurgien
- Dr Lourmière MAR
- Dr Fuzier MAR
- Dr Baudrin Médecin ARS
- C Pribilski cadre de bloc
- C Peyraud / M Martin: cadres de chirurgie
- N. Del Campo / S Amardeil: secrétaires
- MC Fauconnier IDE CHIR

High 5'S vs check list HAS

Modérateurs

Nadia MOUSSA

Cadre IDE - CHU Toulouse

Vincent SCHTAHAUPS

IADE - Joseph Ducuing

Tolos'IADE

26 novembre 2016

Murielle BLANC: Chargée Qualité et gestion des risques