



2

RENCONTRES INTERNATIONALES
RENCONTRES INTERNATIONALES
de la Gouvernance des Risques en Santé

**Que pouvons-nous apprendre de la
sécurisation des pratiques
en Anesthésie Réanimation ?
Peut-on aller plus loin ?**

F Clergue

Hôpitaux Universitaires et Faculté de médecine, Genève

Toulouse, 7 et 8 juin 2010

Apprendre de la sécurisation des pratiques en Anesthésie Réanimation ?

Plan

- **Les progrès réalisés en anesthésie ?**

analyse des années 80-90

- **L'inachevé**

causes des accidents persistants

- **Le travail en cours**

détrompeurs, standardisation, travail en équipe, meilleure évaluation



1970-80 :

les années noires de l'anesthésie

Seuls les yeux de Philippe, vingt-six ans, bougent encore

**PARALYSÉ A VIE POUR L'OPÉRATION
D'UNE SIMPLE VERRUE PLANTAIRE**

Cinq minutes d'absence de l'anesthésiste lors de la phase de réveil d'un jeune opéré : Philippe, cyanosé, est définitivement cloué sur un brancard. Un brancard sur lequel il a assisté, hier, au procès du docteur Paule Hollard à Nice où sa mère a voulu que « les juges soient témoins de cette misère humaine ».

**Patricia est morte
pour une
dent de sagesse**

Toulon une jeune femme en parfait état de santé habite à Suze-la-Rousse, dans la Drôme. Mais sa dent de sagesse la fait souffrir. Elle choisit de se faire extraire sous anesthésie générale à la clinique Mistré d'Orange, la plus proche de son domicile. Sereine, Patricia refuse que quiconque l'accompagne. « Ne vous dérangez surtout pas », dit-elle à ses parents.

Francis Bosen, robuste viticulteur de Saint-Maximin (Var), craque. Il ne supporte pas la terrible nouvelle qui lui a été communiquée jeudi par l'hôpital de Nîmes : sa fille Patricia, vingt-trois ans, a succombé des suites d'une opération. Une intervention bénigne puisqu'il s'agissait d'extraire une dent de sagesse.

COMA PROFOND. Patricia.

**Conspiration
du silence**

Mme Adams sera sur le plateau ce soir. Comme Mme Marie-Claude Medeta, de Strasbourg : son enfant est mort par suite d'une anesthésie ratée, le responsable a été condamné à lui verser 20 000 F de dommages et intérêts qui n'ont pas été payés. Et puis, sur son avertissement, Mme Josette Lahaye, paralysée à partir de la ceinture depuis une malencontreuse anesthésie péridurale(1) quand on l'opéra, en 1986, d'un fibrome qui — apprit-elle plus tard — n'existait peut-être pas.

FAITS-DIVERS

Dans l'Essonne

**Une anesthésiste écrouée pour avoir falsifié
un dossier médical après la mort d'un patient**

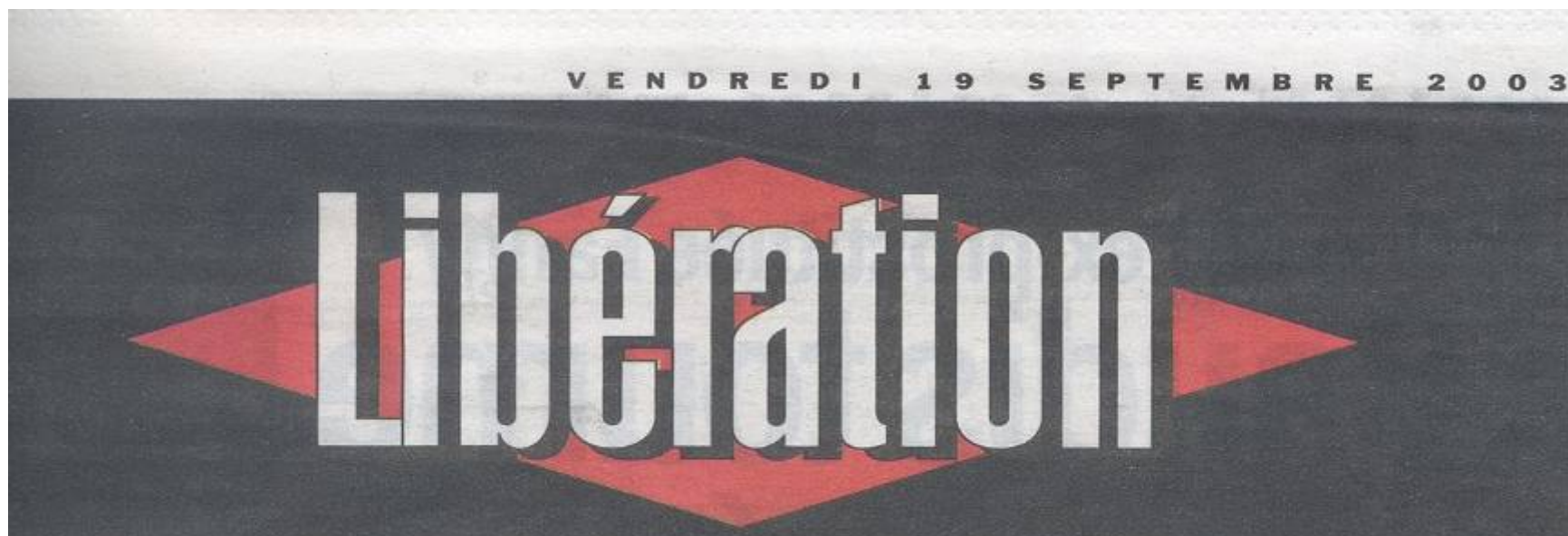
M. Marc Brisset-Foucault, juge d'instruction à Evry, a inculpé, le lundi 13 février, de faux et usage de faux, une anesthésiste, Mme Françoise Agesse, quarante ans, à qui il est reproché d'avoir, sous les directives du chirurgien-gérant d'une clinique de Corbeil-Essonnes (Essonne), participé à la falsification d'un dossier médical remis à la justice après le décès suspect d'un patient lors d'une opération en 1987.

Mme Agesse a été écrouée à la prison de Fleury-Mérogis. Le chirurgien, le docteur Chuc N'Guyen-Binh, quarante-trois ans, a été, pour sa part, inculpé de subornation de témoins, faux et usage de faux. Il était déjà incarcéré, depuis le mois d'août 1988, pour escroqueries et détournements de fonds.

responsabilité de la clinique ne soit mise en cause », des collaborateurs du chirurgien ont — sous sa pression, falsifié le dossier remis à la justice, présentant les événements d'une manière différente de la réalité.

Avant son arrestation, le docteur Chuc N'Guyen-Binh avait abandonné la gérance de la clinique et était parti s'établir à la Guadeloupe. Il est notamment poursuivi pour un détournement de 1,8 million de francs au préjudice de la Sécurité sociale. Il lui est reproché d'avoir, entre autres, demandé le remboursement d'interventions chirurgicales fictives ou d'avoir pratiqué des opérations inutiles. C'est l'enquête sur ces malversations qui a entraîné l'inculpation de Mme Agesse.

Les années 1990-2000 : les résultats des efforts entrepris



**DORMEZ TRANQUILLES,
L'ANESTHESIE EST SURE**

En vingt ans, la sécurité de cet acte est devenue très fiable.

Sécurité de l'anesthésie dans les années 80

- Mortalité anesthésique en Finlande

M Hovi-Viander, Br J Anaesth 1980

mortalité per-op : 2/10'000

- Mortalité anesthésique en France

Hatton F et coll, Ann Fr Anesth Réanim 1983

Analyse de 198'103 actes :

Enquête française 1978-1982 Hatton F et coll, Ann Fr Anesth Réanim 1983		
	Totalement liée à l'anesthésie	Partiellement liée à l'anesthésie
Décès	0.8/10'000	3.4/10'000
Décès + comas	1.3/10'000	4.2/10'000

Patients ASA 1-2 : 1 décès / 10.340

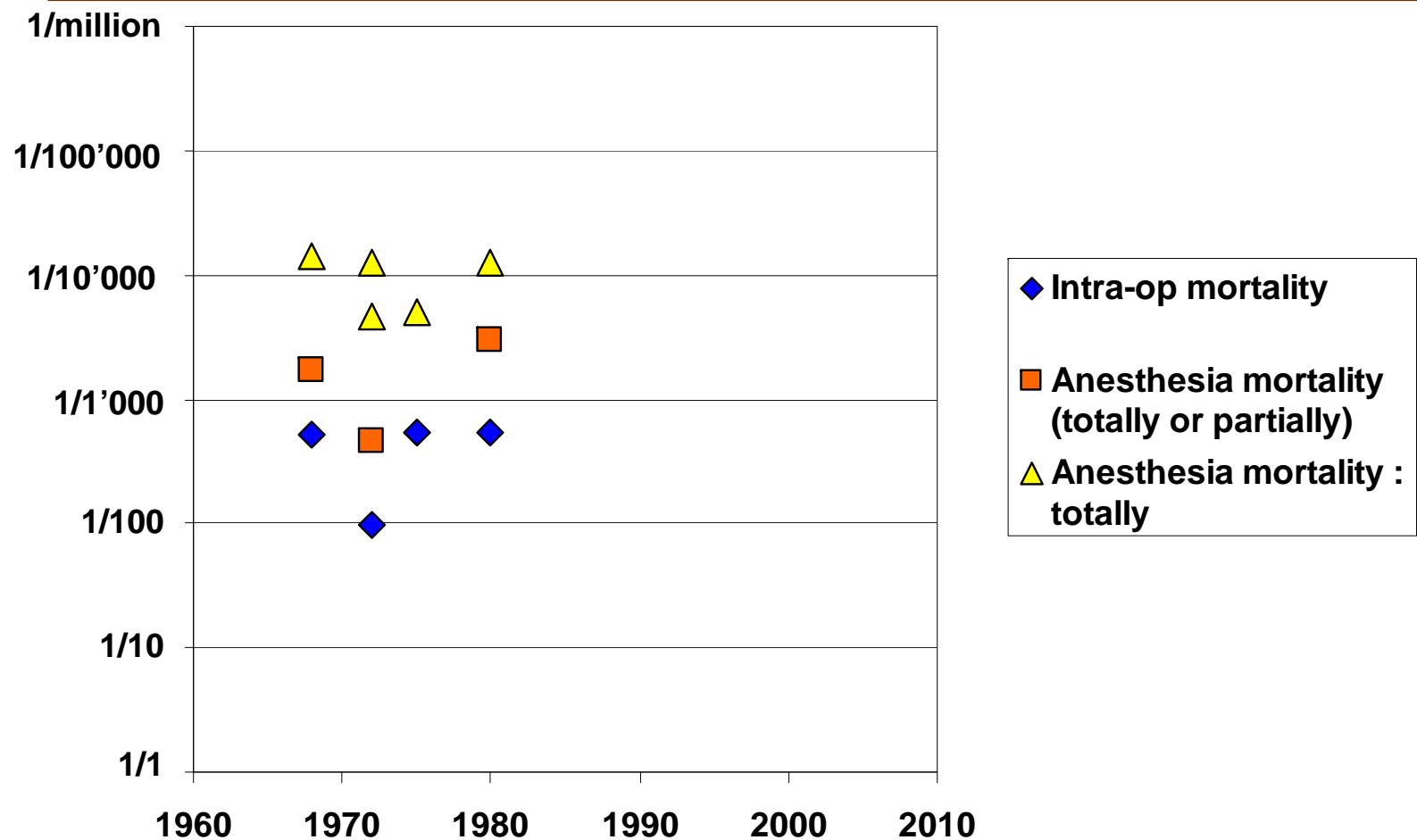
- 53% des décès totalement liés à l'anesthésie
- 27% des décès partiellement liés à l'anesthésie

Situations à risque :

- Réveil : 63% des décès
- Urgences : 1,3 décès/1'000 (60% des décès)



Evolution de la mortalité anesthésique

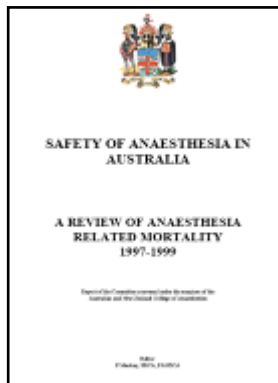


Etudes épidémiologiques (1)



Etudes aux Pays-Bas (Arbous MS et al, *Anaesthesia*, 2001)

- 869.483 anesthésies (1995-1996):
- Mortalité péri-opératoire (24h) : 0,9 décès / 1.000 procédures
- Anesthésie : 14 décès / 100.000 procédures (= 1 / 7.100)
- Anesthésie seule cause du décès : 8 / million (= 1/125.000)
- 56% des décès en “urgence”



Etude australienne 1997 – 1999

- 130 décès anesthésiques pour 10.3 million procédures
- Mortalité totalement / partiellement liée à l’anesthésie : 12 / million (1/79.509)

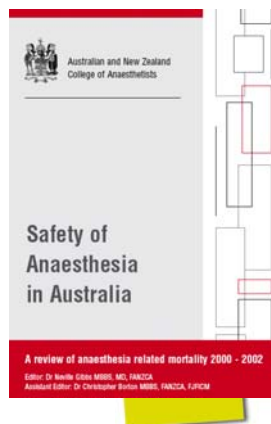
Incidence of death in patients considered to be good or fair risk

Table 12. Incidence of death in patients considered to be good or fair risk

Triennium	Number of ASA1 & 2	Total Number of Category A Deaths	Percentage
-----------	--------------------	-----------------------------------	------------

Etude australienne 2000-2002 (Gibbs N, Austr. & NZ College of anaesthetists, 2006)

- 137 décès anesthésiques pour 7.65 million procédures
- Mortalité totalement/partiellement liée à l’anesthésie : 18 par million (1 / 56.000)
- Anesthésie seule cause du décès : 5.5 / million (1/180.000)
- 66% des décès en “urgence”



Etudes épidémiologiques (2)



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

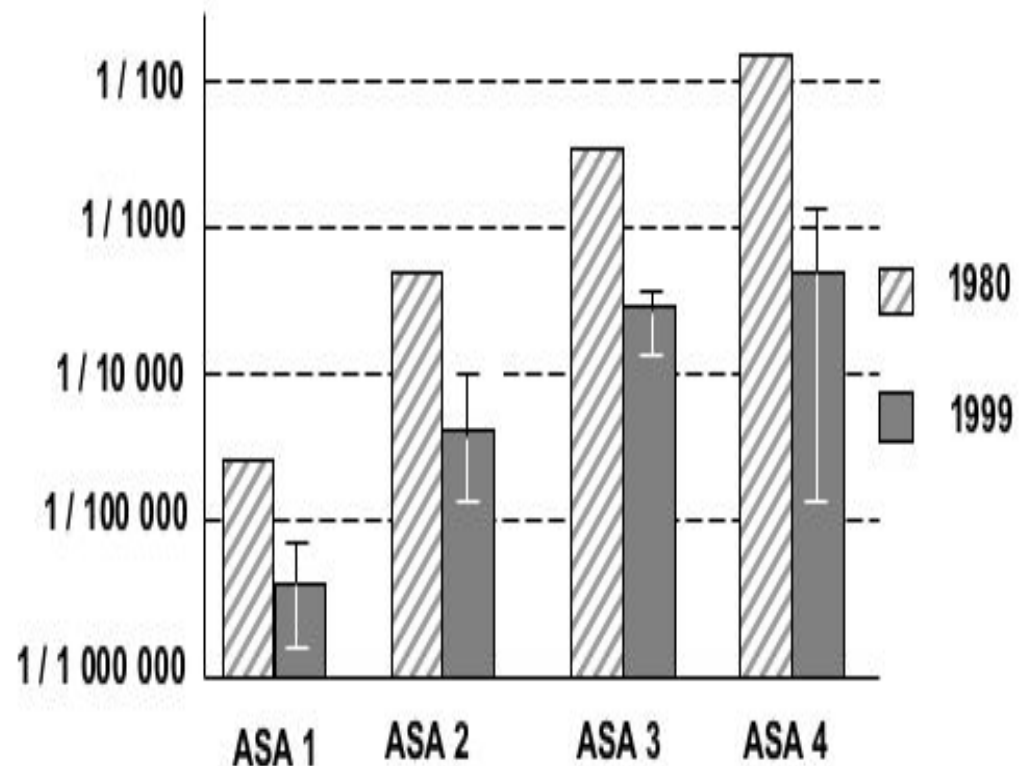
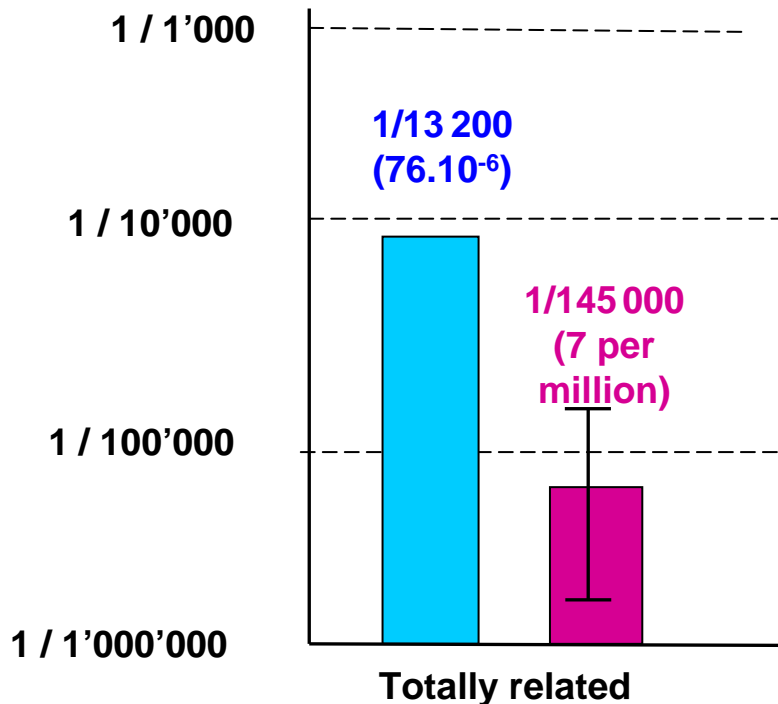
Anesthesiology 2006; 105:1-1

Copyright © 2006, the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Survey of Anesthesia-related Mortality in France

André Lienhart, M.D.,* Yves Auroy, M.D.,† Françoise Péquignot, ‡ Dan Benhamou, M.D.,§
 Josiane Warszawski, Ph.D., M.D.,|| Martine Bovet, # Eric Jouglu, Ph.D.**

In-hospital anesthesia-related death rate

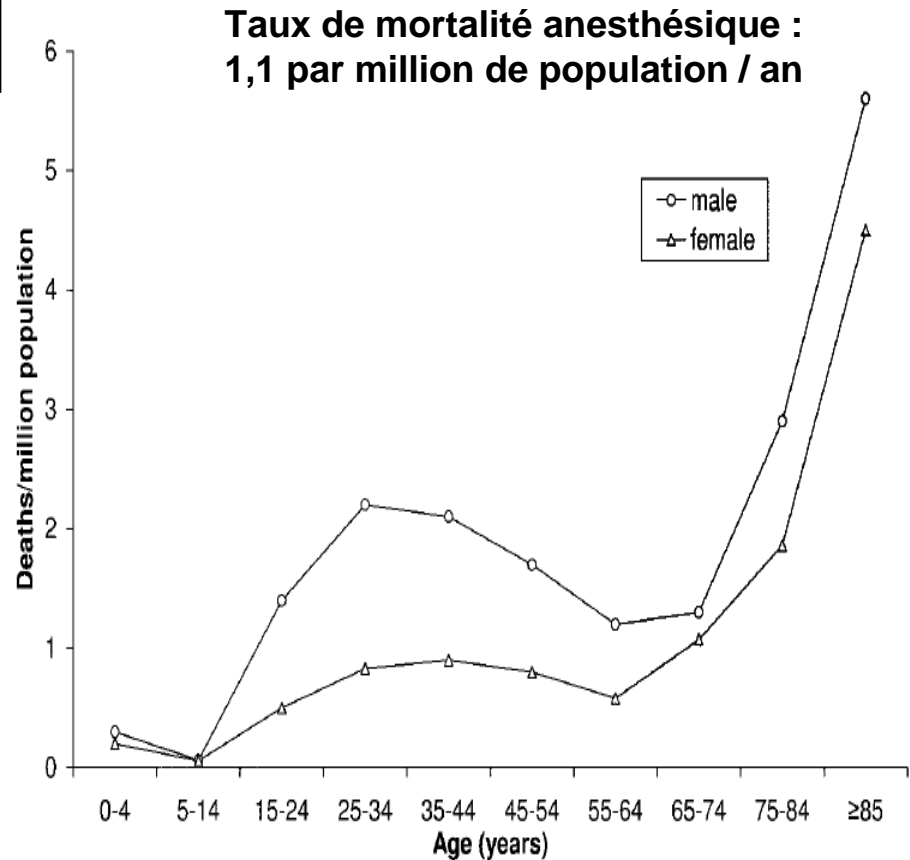
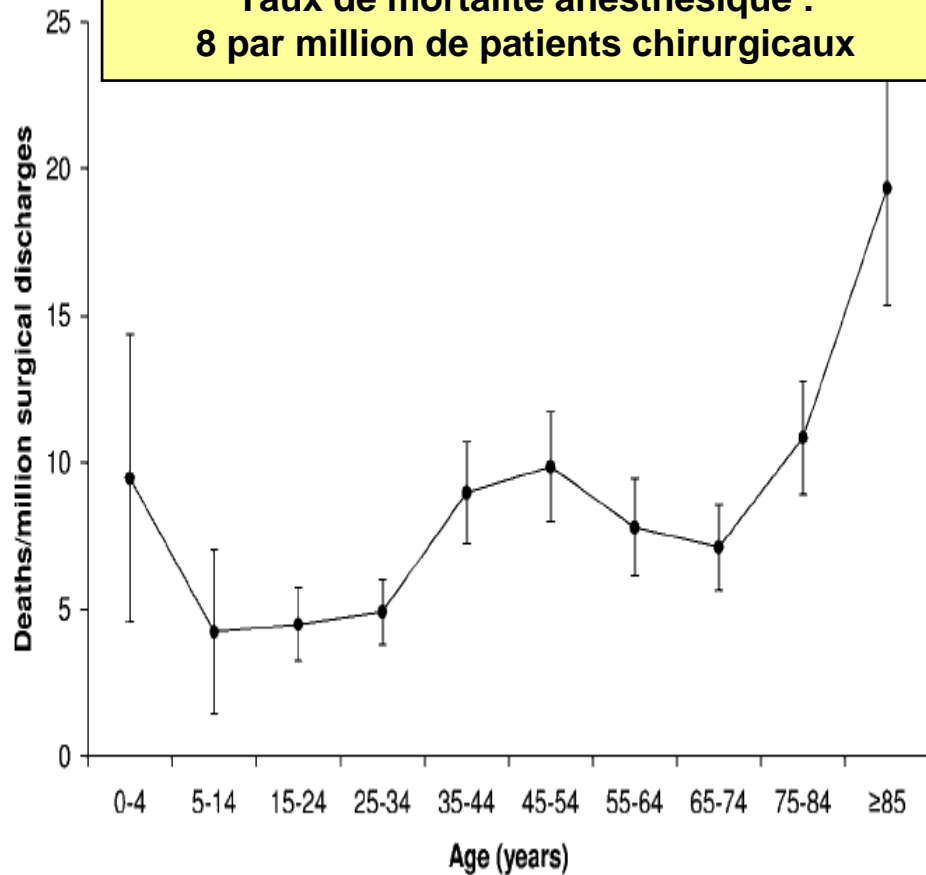


- 31% des décès chez les patients ASA 1-2
- 47% des décès en “urgence”

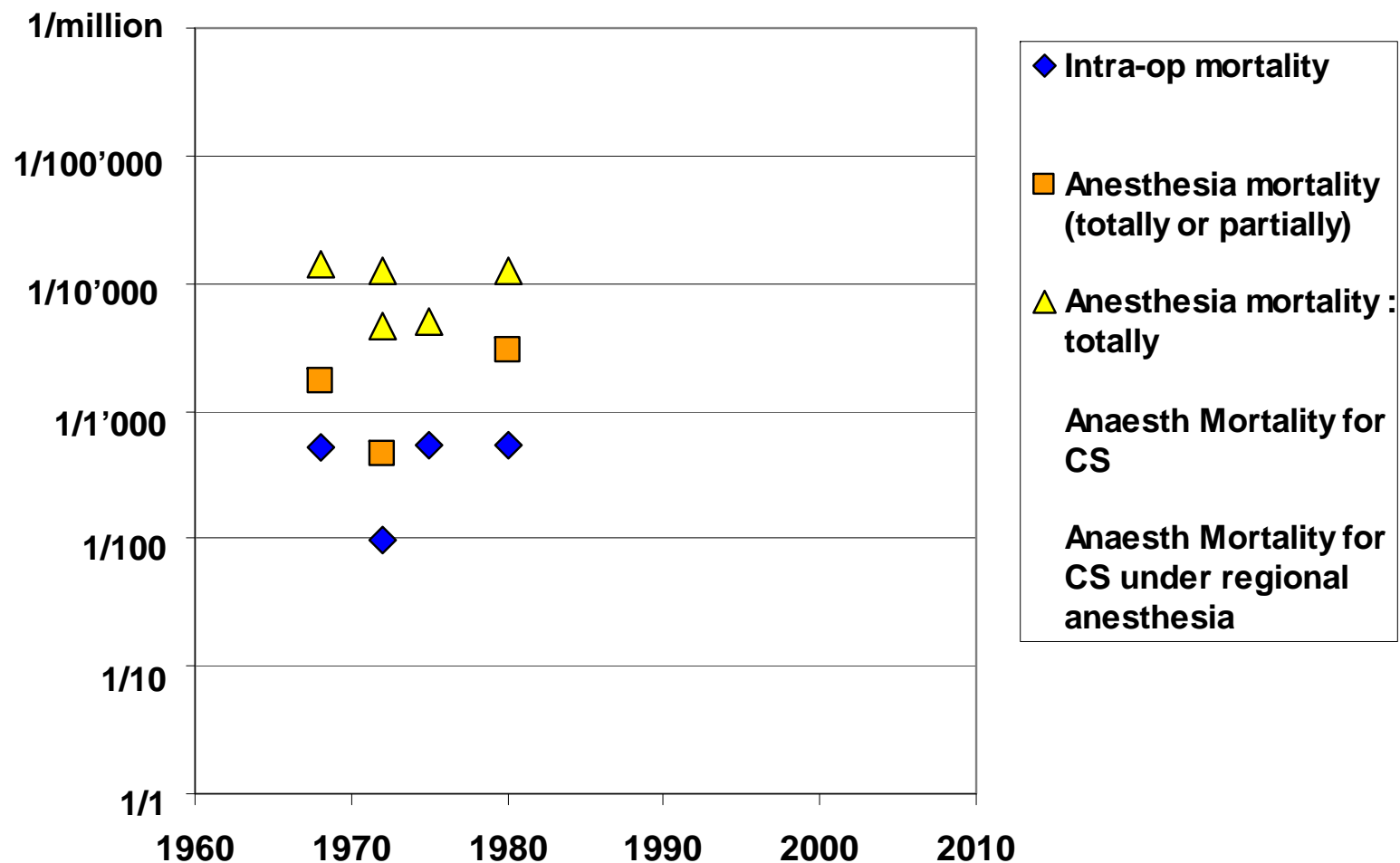
Mortalité anesthésiques aux USA, 1999–2005

Li G. et al. Anesthesiology 2009

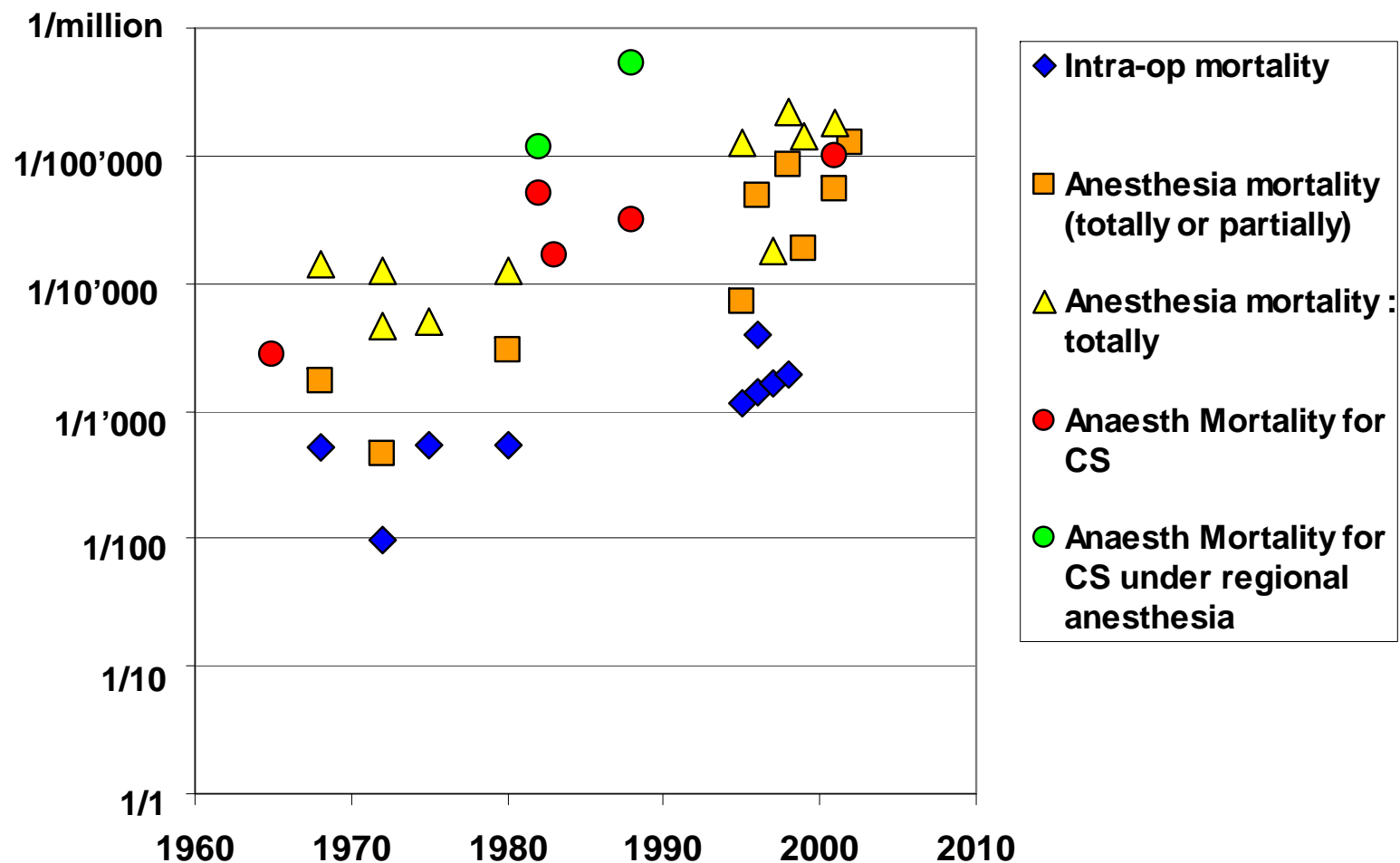
**Taux de mortalité anesthésique :
 8 par million de patients chirurgicaux**



Evolution de la mortalité anesthésique



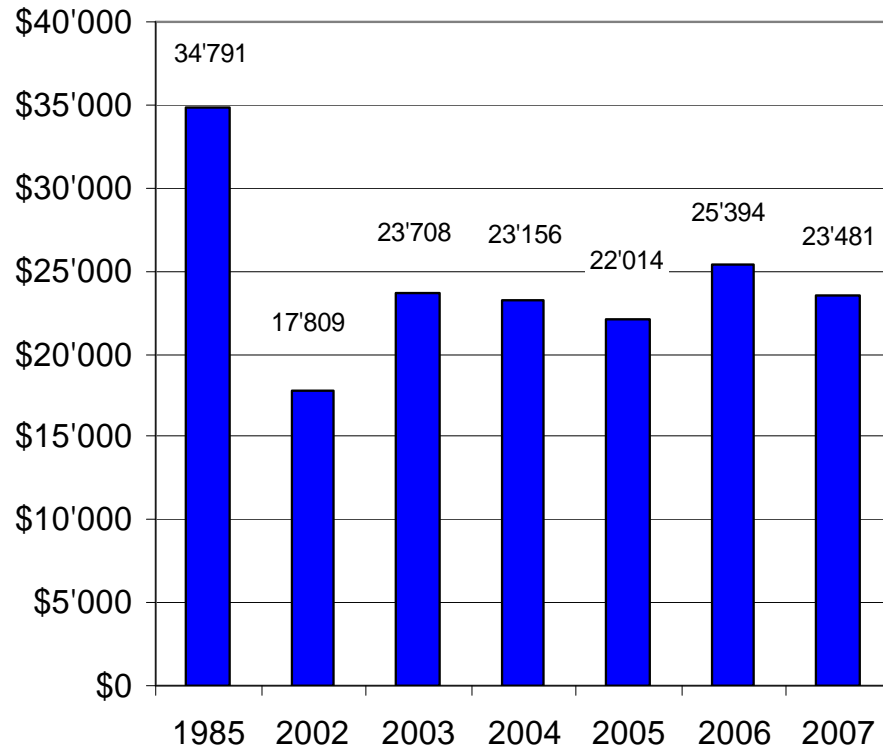
Evolution de la mortalité anesthésique



Primes d'assurance des anesthésistes : USA et France

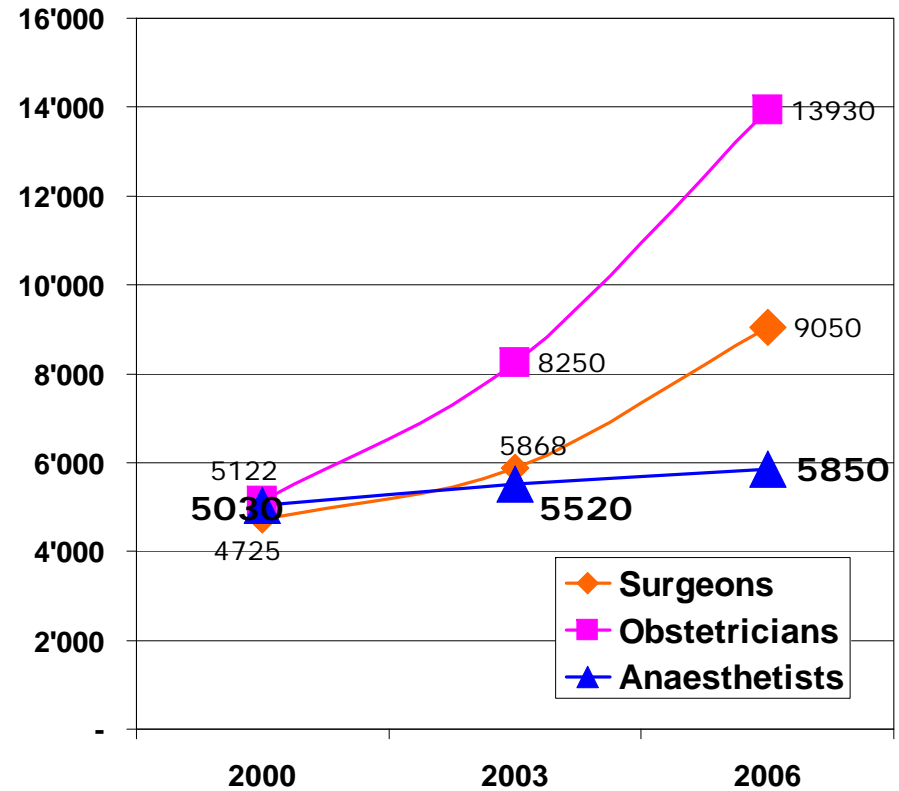
USA : average premiums for anesthesiologists

(values are inflation-adjusted for 2007 dollars)



France : evolution of insurance premiums

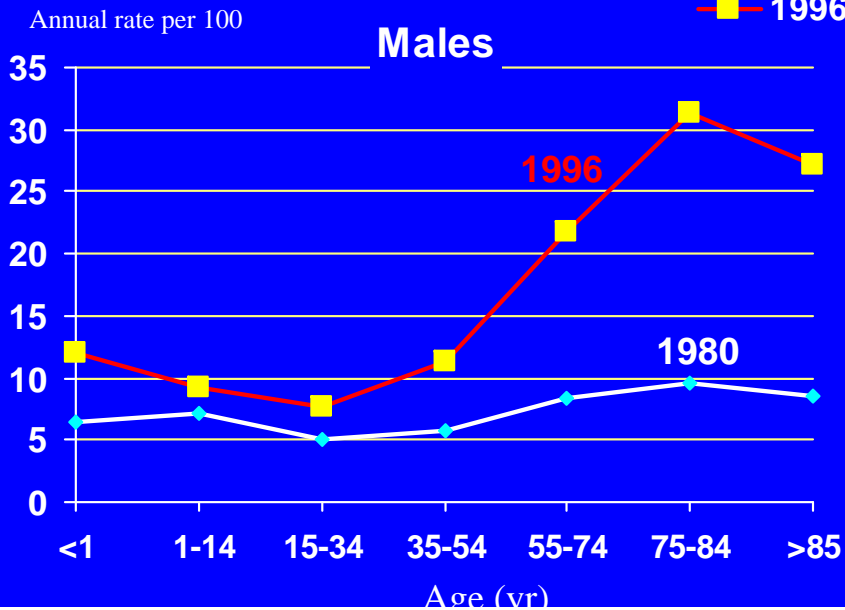
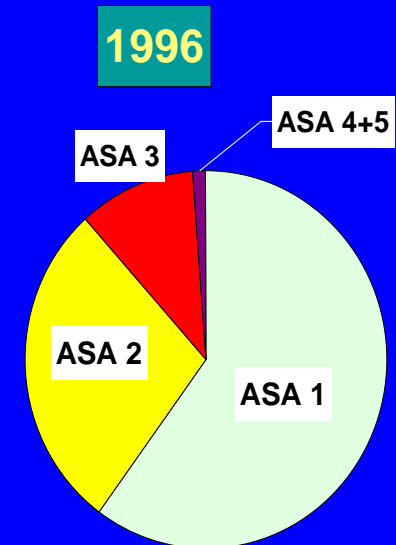
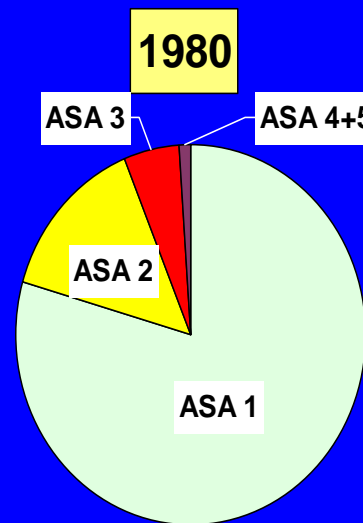
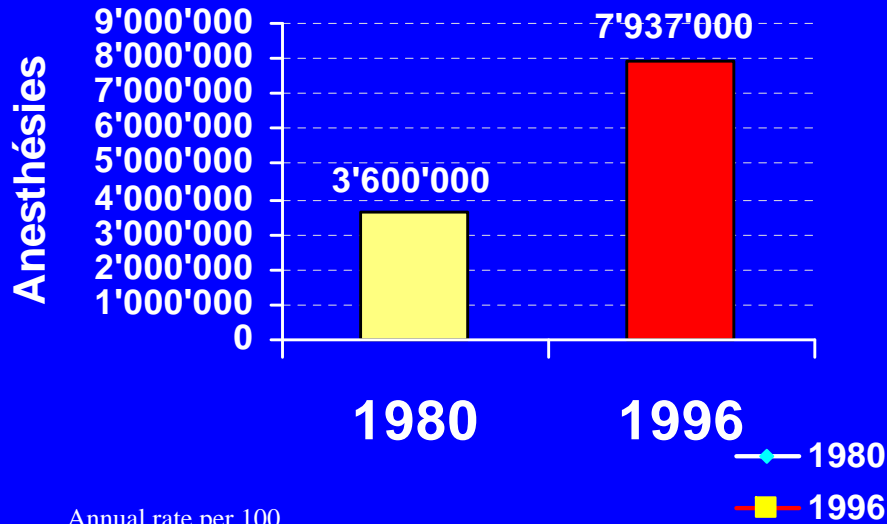
Euros



La sécurité est influencée par l'importance de l'activité

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

↗ de 5.4 % / an pendant 16 ans



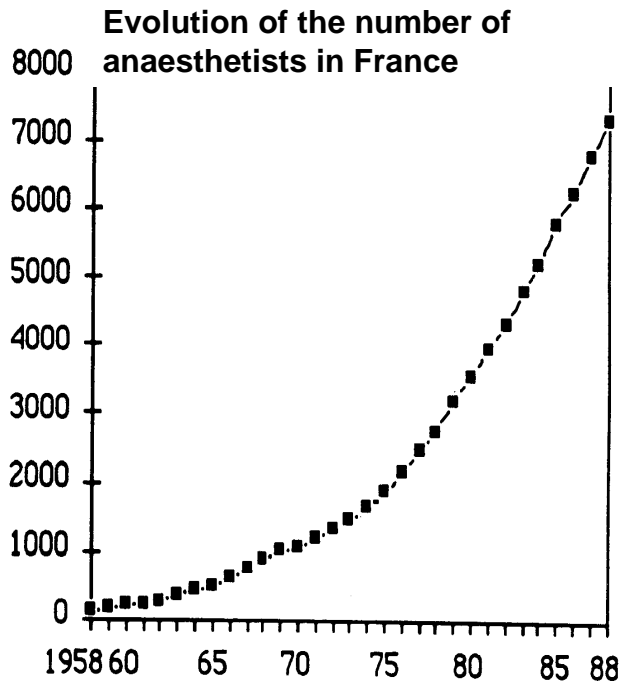
F Clergue, Anesthesiology 1999



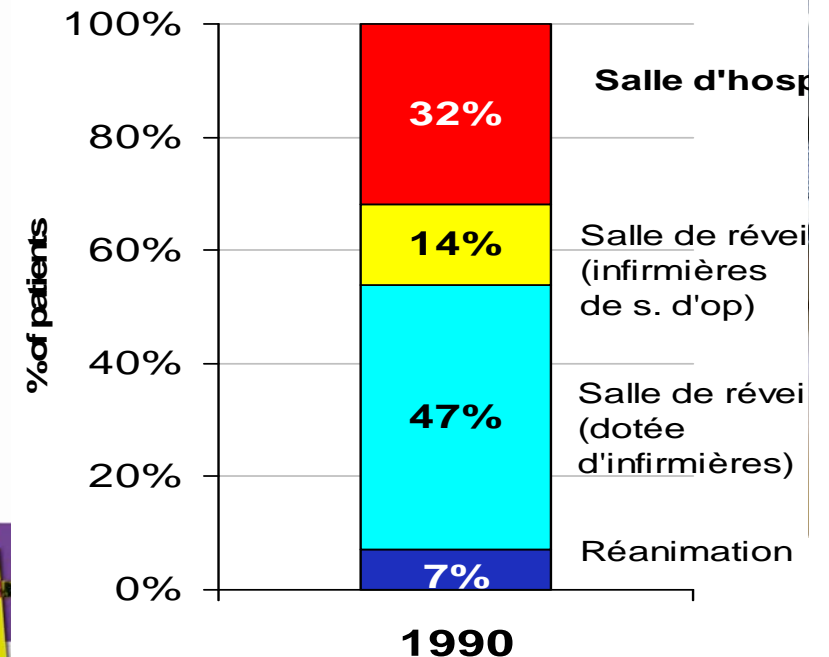
Ce qui a permis l'amélioration de la sécurité entre 1980 et 1990

Amélioration par la standardisation de :

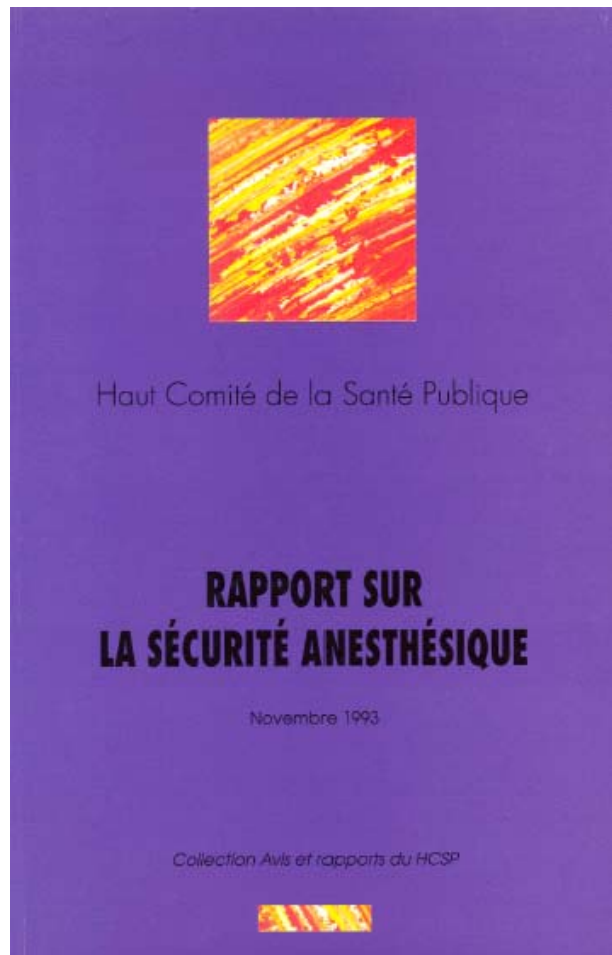
1. Formation
2. Equipements
3. Structures : salles de réveil



F Clergue et al Ann Fr Anesth Réanim 1991



Les années 90 : la sécurité par la voie réglementaire



J.O n° 284 du 8 décembre 1994 page 17383

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

Décret sur la sécurité anesthésique de 1994

Obligation de :

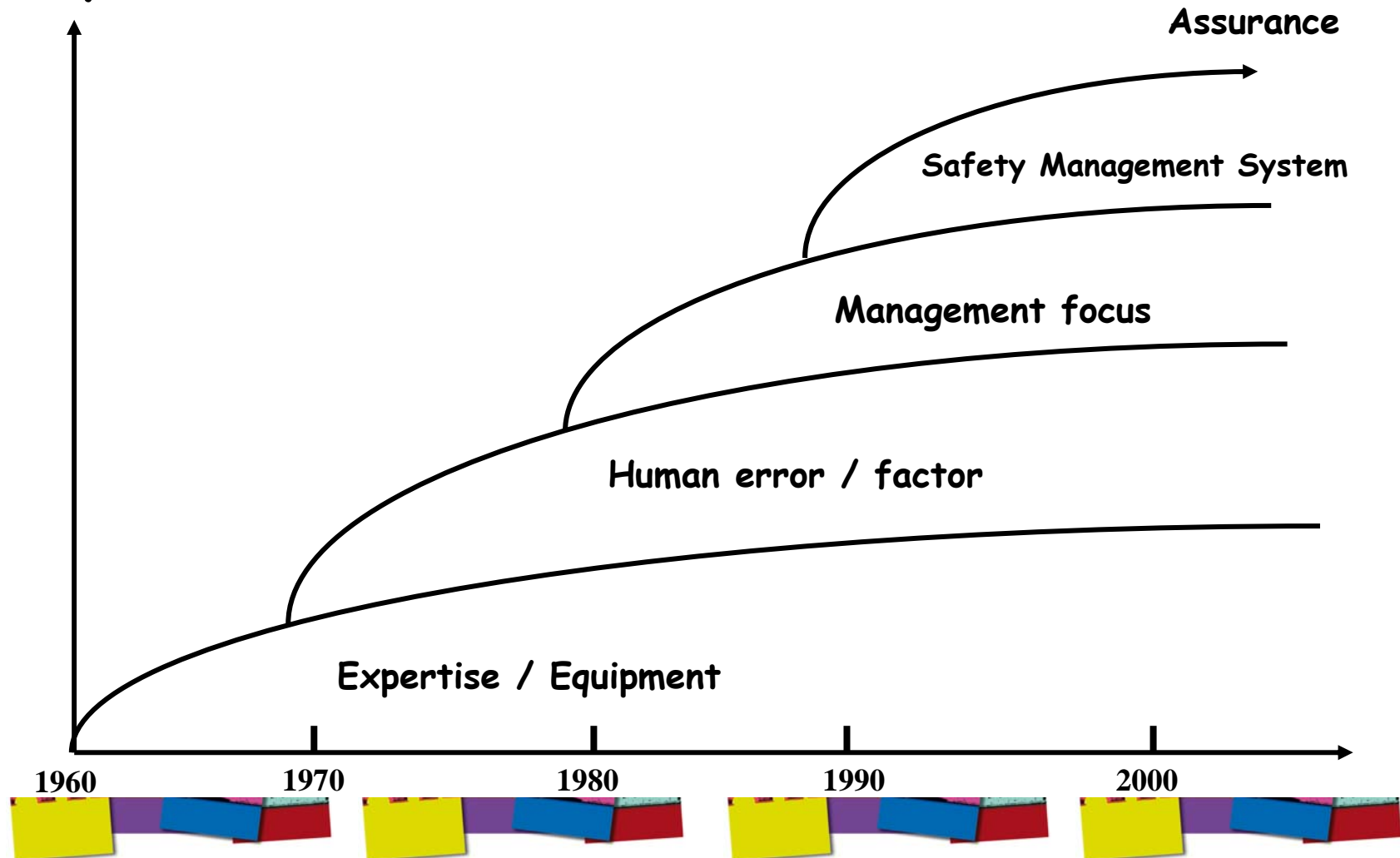
- **disposer d'une SSPI**
- **surveillance instrumentale per-anesthésique : pression, volume, SpO₂, CO₂**
- **Consultation pré-anesthésique** (pour la chirurgie programmée : > 48h pré-op)
- **Programme op. : participation des anesthésistes et des instrumentistes**



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

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

Safety Performance



Erreurs médicales : d'où venons-nous ?

Deux attitudes : responsabilité ou déni

Le code d'Hammourabi
et la responsabilité
médicale



" Si un médecin opère un homme pour une blessure sévère et cause son décès ou ouvre un abcès sur un œil et qu'il perd la vue, on lui coupera les doigts "

« Accidents : the price to pay to take advantage of the inestimable benefits of diagnostic and therapeutic progress ... »

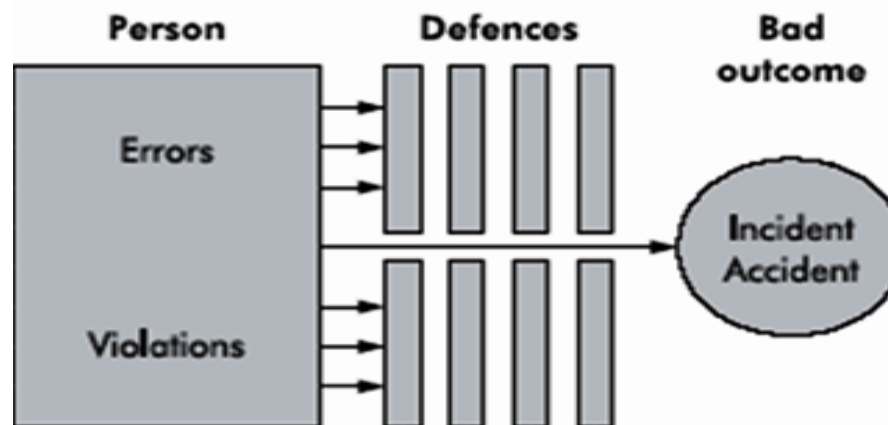
Hazards of modern diagnosis and therapy — the price we pay.

D.P. Barr, JAMA 1956



L'erreur humaine : une culture et des représentations encore très ancrées

Un bon professionnel
ne commet pas
d'erreur !



Principe du « modèle idéal » perfectible

D. Blumenthal, 1994

→ Professionnels savants et infaillibles

➤ formation – respect des bonnes pratiques

→ Interprétation:

Si erreur → faiblesse et/ou négligence

➤ blâme, sanction, renvoi



2

Au-delà des aides techniques, 2 modèles de sécurité dans les industries à haut risque : **quelle applicabilité dans les soins médicaux ?**



Concept actuel :
« Les erreurs sont inévitables »

2 voies pour réduire leur survenue

Prix à payer

- ➔ autonomie des acteurs
- Tracer les pratiques déviantes
- Limiter parfois les activités

Normative

Respect des "guidelines"
Adhésion des acteurs

→ **Systèmes ultra-sûrs**

Adaptive (autoguidage)

Autonomie de décision
Flexibilité : distribution des décisions
Renforcer la cohésion des équipes
Apporter des aides pour Adapter les décisions

→ HRO (High Reliability Org)
→ Systèmes résilients

Prix à payer

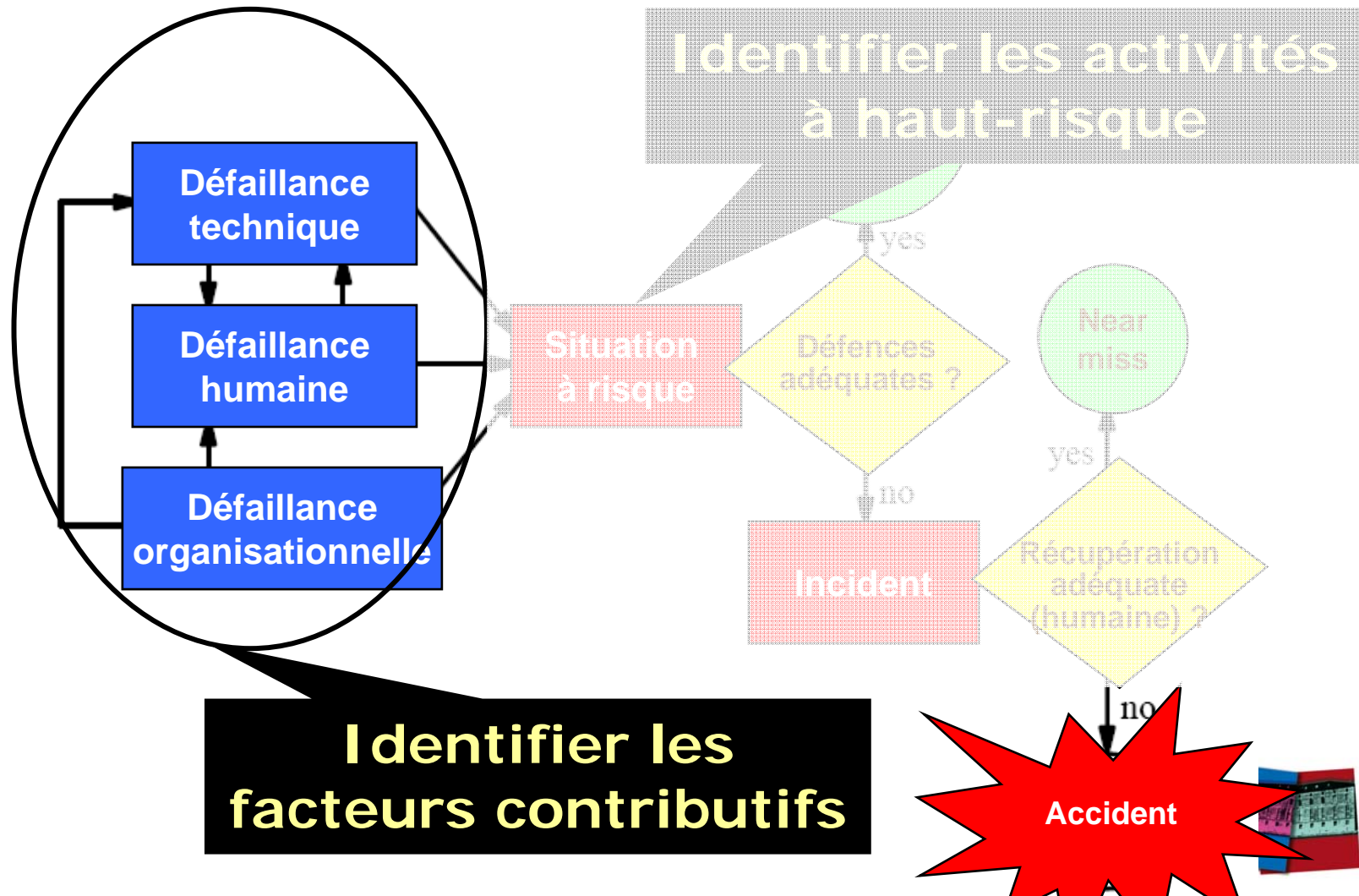
- Teamwork : monitoring, entraînement en simulateurs



L'analyse des décès persistants en anesthésie

Modèle de cause des accidents

Van der Schaaf, 1992



Causes des décès persistants à la fin des années 90

- **Mortalité anesthésique aux Pays-Bas (1995-97):**

Arbous MS et al, Anaesthesia, 2001

– 769 décès dans les 24h postop / 869.483 anesthésies

– **Mortalité totalement liée à l'anesthésie : 8 / million**

- 1) Prise en charge cardiovasc. (52%) et resp. (10%) : erreurs humaines + org. dans 85% des décès
- 2) Evaluation pre-op inadéquate : facteur contributif dans 25 % des décès
- 3) Mauvaise communication : facteur contributif dans 25% des décès (induction - entretien)
- 4) Supervision inadéquate : facteur contributif dans 13% des décès (ventilation)

- **Mortalité anesthésique en France (1999)**

Lienhart A et al. Anesthesiology 2006

Mortalité totalement liée à l'anesthésie : 7 / million

- 1) management per-op de l'hypotension : 40%
- 2) Evaluation pré-op inadéquate : 38%
- 3) Transfusion : 37%

- 4) Soins postop inadéquats : 36%
- 5) Contrôle des voies aériennes: 32%



Causes des décès persistants liés à l'anesthésie

Lienhart A et al, Anesthesiology 2006

Ecart aux bonnes pratiques : retrouvés dans 98% des décès :

- “ In 2% des décès... aucun écart n'était retrouvé...”
- Pour tous les autres patients, au moins une cause de pratique “sous-optimale” était identifiée.
- Dans 56% des décès, plus de 4 écarts aux bonnes pratiques étaient retrouvés.”

Facteurs contributifs aux décès:

- **51% : facteurs individuels :**
 - Expérience/compétence : 89%
 - Jugement/analyse : 11%
- **44% : environnement de travail :**
 - Equipement (disponibilité, util.) : 81%
 - Support : adm. et managérial : 14%
- **62% : teamwork**
 - Manque de supervision / aide : 44%
 - Communication orale : 36%
 - Communication écrite : 20%
- **26% : facteurs organisationnels**
- **27% : contexte institutionnel**





Causes of the remaining anaesthesia-related deaths : The Danish Study 1996-2004

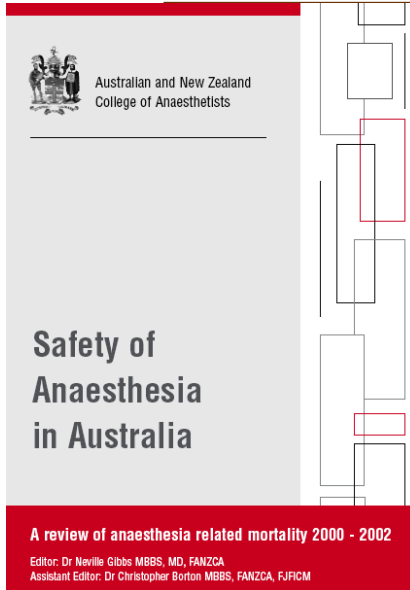
LD Hove et al, *Anesthesiology* 2007

- 24 deaths resulting from anaesthesia
 - 4 cases from **airway management**
 - 2 cases from **ventilation management**
 - 4 cases from **central venous cath placement**
 - 4 cases from **medication errors**
 - 4 cases from **infusion pump problems**
 - 4 cases after complications from **regional blockades**
 - 1 case from severe **hemorrhage**
 - 1 case uncertain
- 20 / 24 of these deaths were preventable
 - **Standard procedures were not followed**
 - **Equipment** : need for better education for use



The survey from Australia: 2000-2002

Gibbs N, Austr. & NZ College of anaesthetists, 2006



Analyse des facteurs contributifs aux décès (2.5 par cas) :

1. ➔ des morts liés à une technique inappropriée, MAIS :

- Contrôle des voies aériennes reste un problème
- Déficiences dans la gestion des crises (45% des décès) :
 - management de l'accident
 - ressuscitation inadéquate
 - monitoring inadéquat

2. La phase per-opératoire n'est plus la seule phase à risque :

- Facteurs préop (évaluation) : 42% des décès
- Facteurs postop (management) : 43% des décès

3. Encore des déficiences dans :

- 26% des décès liés à des facteurs organisationnels
- 15% des décès dans les salles d'hospitalisation
- 9,5% des décès : procédures non-invasives
- 1,5% des décès : prise en charge de la douleur



Ce qui est suggéré de l'analyse des accidents restants

1. Sécuriser les procédures à haut risque :

- Ateliers / entraînement au simulateur :
 - Management des voies aériennes difficiles
 - Prise en charge d'une hémorragie
 - Anesthésie loco-régionale
 - Voies Veineuses Centrales
- Réduire les erreurs d'administration des médicaments
- Consultation pré-anesthésique

2. Développer des outils de sécurité :

- Standardisation des soins :
 - guidelines, check-lists...
- Améliorer le travail en équipe
- Améliorer la culture de sécurité
- Développer des indicateurs de sécurité
- Entraînement au simulateur



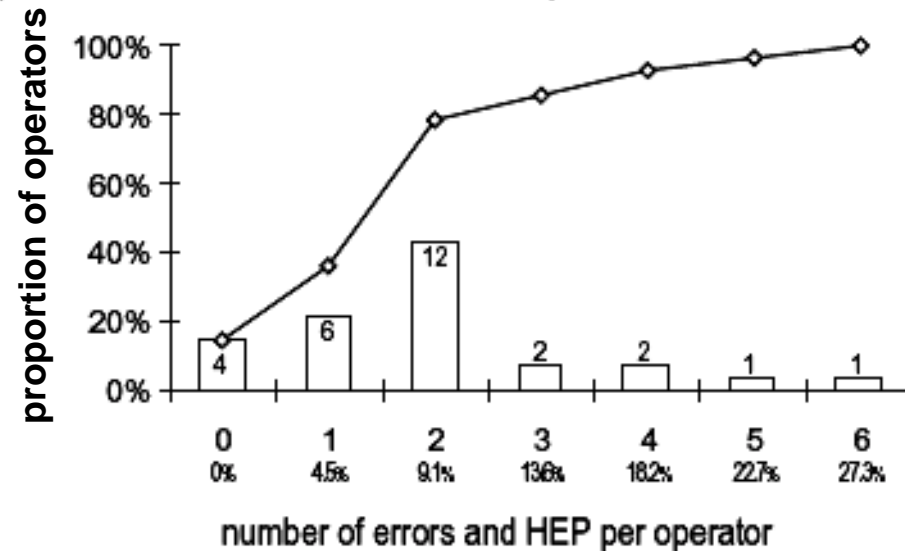
Des exemples : identifier les erreurs dans l'administration des médicaments

Measuring human-error probabilities in drug preparation: a pilot simulation study

P. Garnerin • B. Pellet-Meier • P. Chopard •
 T. Perneger • P. Bonnabry

Eur J Clin Pharmacol (2007) 63:769–776

anaesthetist calculation task (28 anaesthetists; 22 instructions)



	total	omission errors	commission errors			
			selection error	count / volume error	dilution error	repartition error
Nurses	3.0% [CI: 2.3%-3.7%]	0.6% [CI: 0.3%-1.0%]	2.0% [CI: 1.5%-2.6%]	0.2% [CI: 0.05%-0.4%]	NA	0.2% [CI: 0.07%-0.5%]
Anaesthetists	6.5% [CI: 4.7%-8.7%]	0% [CI: 0%-0.6%]	1.8% [CI: 0.9%-3.2%]	1.3% [CI: 0.6%-2.5%]	3.4% [CI: 2.1%-5.2%]	NA

Erreurs dans la sélection et l'étiquetage des médicaments

P. Garnerin et al, Anaesthesia 2007



	Drug selection error	
	%	p value*
Drug strength information format		p < 0.001
A: incomplete	29.7	
B: complete, random order	6.4	
C: complete, fixed order	4.1	
Concentration unit		p < 0.001
mg.ml ⁻¹	9.1	
%	34.9	
Professional group		p < 0.001
Nurse	19.0	
Nurse anaesthetist	11.5	
Nurse intensive care	16.9	
Ward physician	15.5	
Anaesthetist	4.0	

Rendre le système plus robuste à la survenue des erreurs humaines



Ce qui est suggéré de l'analyse des accidents restants

1. Sécuriser les procédures à haut risque :

- Ateliers / entraînement au simulateur :
 - Management des voies aériennes difficiles
 - Prise en charge d'une hémorragie
 - Anesthésie loco-régionale
 - Voies Veineuses Centrales
- Réduire les erreurs d'administration des médicaments
- Consultation pré-anesthésique

2. Développer des outils de sécurité :

- Standardisation des soins :
 - guidelines, check-lists...
- Améliorer le travail en équipe
- Améliorer la culture de sécurité
- Développer des indicateurs de sécurité
- Entraînement au simulateur



A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population

A. Haynes N Engl J Med 2009

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



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'événements 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 ?

A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population

A. Haynes N Engl J Med 2009

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)	Avant incision de la peau (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)	Avant que le patient ne quitte la salle d'opération (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)
<p>Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)	<p>L'infirmier(ère) confirme oralement :</p> <input type="checkbox"/> Le type d'intervention
<p>Le site de l'intervention est-il marqué ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision	<input type="checkbox"/> Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
<p>Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<p>Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
<p>L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<p>Anticipation d'évènements critiques</p> <p>Pour le chirurgien :</p> <input type="checkbox"/> Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ? <input type="checkbox"/> Quelle sera la durée de l'intervention ? <input type="checkbox"/> Quelle est la perte sanguine anticipée ?	<input type="checkbox"/> S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre
<p>Le patient présente-t-il :</p> <p>une allergie connue ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Pour l'anesthésiste :</p> <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ?	<p>Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)</p> <input type="checkbox"/> Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?
<p>un risque d'intubation difficile ou un risque d'insufflation ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement d'assistance disponibles	<p>Pour l'équipe infirmière :</p> <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?	
<p>un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prêts	<p>Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	

Difficulté de la compliance aux guidelines

• 7 observational surveys
D Pittet et al. The

Pulsations | Février 2006 | Hôpitaux universitaires de Genève

ARRÊT SUR IMAGES

Opération mains propres

Les HUG fourbissent leurs armes contre les infections nosocomiales en relançant la promotion de l'hygiène des mains.

Le 26 janvier a eu lieu le coup d'envoi de la campagne nationale de promotion des mains dans

les infections nosocomiales sont une priorité institutionnelle. Les médecins et les infirmiers cadres ont un rôle de modèle essentiel à jouer pour améliorer l'observance des soignants», souligne le Dr Hugo Sax, médecin adjoint au service prévention et contrôle de l'infection, président du groupe Swiss-NOSO et coordinateur de la campagne.

En mai dernier, une observation à large échelle des pratiques d'hygiène des

un contact direct avec le patient. Le taux d'observance est de 41% avant un contact direct versus 61% après contact».

Flacon en poche, indications en tête

Rappelons que les indications à la désinfection des mains sont au nombre de cinq : avant et après un contact direct avec un patient, avant un soin propre ou un geste invasif, après avoir enlevé les gants pour



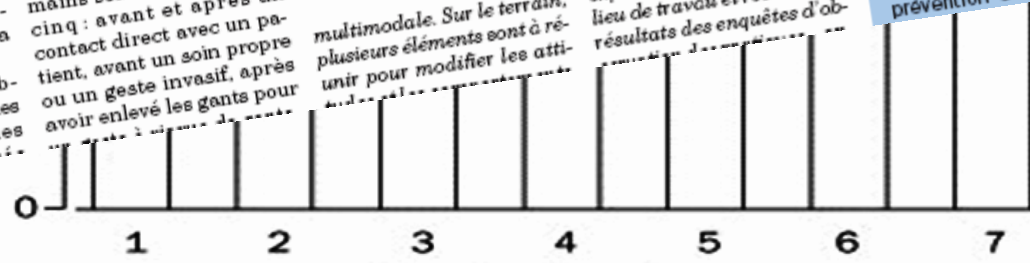
La loupe est le symbole du programme VigGeme*. Avec une bonne désinfection des mains, les germes font moins les malins!

multimodale. Sur le terrain, plusieurs éléments sont à réunir pour modifier les attitudes des professionnels de santé exposés à des rappels sur son lieu de travail et recevoir les résultats des enquêtes d'observance.

ECHOS-SCOOPS

Envahisseurs invisibles

Destiné aux enfants de 8 à 12 ans, le programme a été organisé les 1^{er}, 8 et 15 mars, aura pour objectif de sensibiliser les enfants à l'hygiène des mains. Les envahisseurs invisibles. Le corps est habité par des milliards de minuscules invisibles à l'œil nu : bactéries et virus. Quelles sont ces bêtes et comment les combattre? La réponse est simple : se laver les mains. Le Pr Didier Pittet, responsable du service de prévention et de



Decision Support Increases Guideline Adherence for Prescribing Postoperative Nausea and Vomiting Prophylaxis

Fabian O. Kooij et al. Anesth Analg 2008

Table 2. Scheduling Postoperative Nausea and Vomiting Prophylaxis

	Control N (%)	Decision support N (%)	Post-DS N (%)	Significance
Prophylaxis indicated	373 (100)	871 (100)	321 (100)	
Prophylaxis prescribed?				$P < 0.001$
Yes	140 (38)	632 (73)	119 (37)	
No	233 (62)	239 (27)	202 (63)	
Total number of patients	1340 (100)	2715 (100)	1035 (100)	
Total prescribed	216 (16)	819 (30)	195 (19)	
Correctly	140 (10)	632 (23)	119 (12)	
Without indication	76 (6)	187 (7)	76 (7)	NS



Surgical team behaviors and patient outcomes

K. Mazzocco *Am J Surgery* 2008

- 4 hospitals, 149 physicians, nurses, technicians
- Analysis from march to august 2005
- Complications and mortality at 30 days postop
- Behavioral markers

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



Combined team training



Human factor training : 3 programs in Geneva :

1. **“ENSEMBLE” (2004) : all personnel of the delivery suite (obstetricians, pediatricians and anesthesiologists & nurse-anesthetists** : Effect of CRM training in a multidisciplinary obstetrical setting. Haller G Int J Qual Health Care. 2008
2. **Program in collaboration with the department of surgery (2009)**

HUG 
Hôpitaux Universitaires de Genève



3. **Program “CHLOE” in ICU (2009)**



Combined team training coordination versus competition



Win-Win method



Do you like to be on the losing end of a conflict or do you prefer to leave the arena of conflict as the sole winner?

The glee of one's own victory is somewhat clouded by the following sentence:

"The winner who leaves the loser alone on the field of play will sooner or later be a loser himself."

The true deciding factor in a relationship is how to manage conflicts. For this reason, conflicts are the real moments of truth in a relationship, a test of the health, a crisis that can weaken or strengthen a relationship. A strong relationship, however, does not have losers.

The win lose thought in overcoming conflict

For many people, conflicts become fights about power where there has to be a winner and a loser. The conflict is looked at as a zero sum game. Gordon (1972) differentiates between two methods that have winners and losers:

"win, you lose" - method (win-lose):

There is where I force a solution at the cost of my opponent. My needs are satisfied, my opponent's not. My solution is carried out and his is dismissed.

"you win, I lose" - method (lose-win):

There, my opponent forces a solution at my cost. His needs are satisfied, mine aren't. Maybe I'm afraid of losing this person's friendship or maybe I want the other person to love me. Whatever the reason, I allow the other person to win and to have his way.

Consequences





Perspectives dans l'environnement de la sécurité anesthésique ?

- **Sécurité en chirurgie devient une priorité :**
 - Projets conjoints avec la chirurgie
 - Quel sens d'accroître encore la mortalité de l'anesthésie quand le risque chirurgical est 1000 fois plus élevé ?
- **Sécurité anesthésique influencée par :**
 - **Staffing : crise démographique attendue dans 50% des pays européens** (Egger Halbeis CB et al. Eur J Anaesth 2007)
 - **Croissance de l'activité de l'anesthésie** (Clergue F et al. Anesthesiology 1996)



CONCLUSION

Sécurité anesthésique : les prochaines étapes ?

- La sécurité de l'anesthésie s'est améliorée par une standardisation de ses procédures, de ses équipements et de ses structures.
- Les prochaines étapes :
 1. **Amélioration de ses interfaces techniques** :
médicaments, équipement... mais connecteurs, voies de perfusion ?
 2. **Programmes sur les activités à haut risque** :
contrôle des voies aériennes, VVC, ALR...
 3. **Guidelines** :
 - A réserver aux activités à faible degré d'incertitude
 - A associer à des audits
 4. **Programmes de "teamwork"**



Titre

- Texte
 - Texte
 - texte

