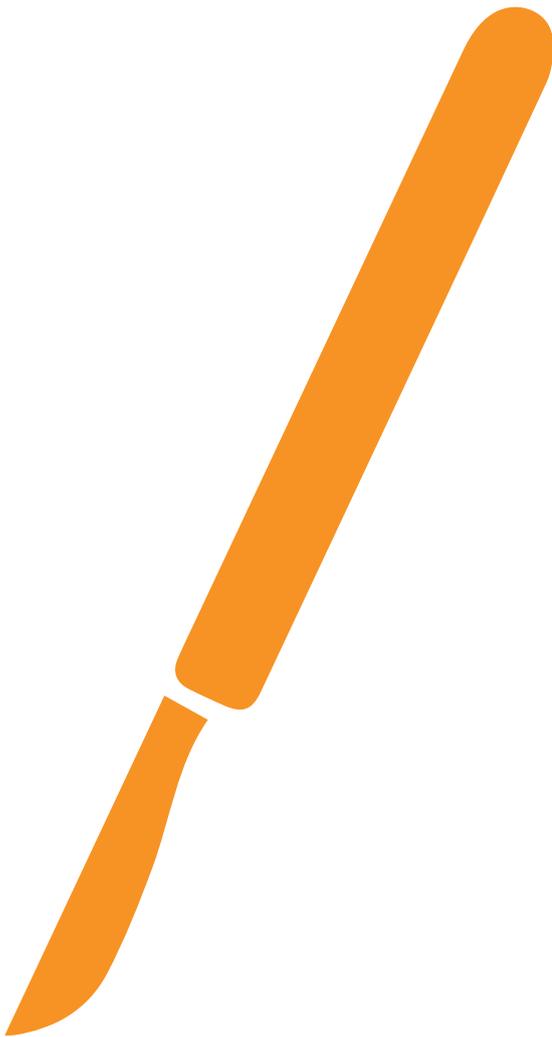


Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 5



Opération Sécurité chirurgicale

La liste de contrôle chirurgicale
et sa mise en oeuvre:
culture – équipe – instrument

Fondation pour la Sécurité des Patients
Paula Bezzola
Dr Marc-Anton Hochreutener
Prof. David Schwappach

Collaboration
Annegret Borchard, Prof. Pietro Giovanoli,
PD Dr Karl Hampl, Dr Daniel Herren,
Dr Christiane Roth

La Fondation pour la Sécurité des Patients ...

- ... a été créée en décembre 2003 en tant qu'œuvre commune par la Confédération, l'Académie Suisse des Sciences Médicales, les associations regroupant les professions de la santé (FMH, ASI, PES, SSO, pharma-suisse, GSASA, physioswiss), le canton du Tessin et l'Organisation Suisse des Patients
- ... s'est affirmée en tant que plate-forme nationale pour la promotion de la sécurité des patients
- ... encourage, coordonne et développe des activités, méthodes, projets et connaissances pratiques permettant d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs dans le système de santé
- ... conduit des recherches et accompagne des activités scientifiques
- ... travaille en réseau et sous d'autres formes de coopération avec, entre autres, les organisations fondatrices, les prestataires de soins, les associations, les autorités, des experts, des bailleurs de fonds et les organisations de patients
- ... fonde ses activités sur un large soutien de tous ses partenaires

Organisations actuellement représentées dans le Conseil de Fondation pour la Sécurité des Patients ...

- ... Académie Suisse des Sciences Médicales – ASSM
- ... Confédération suisse, par l'intermédiaire de l'Office fédéral de la santé publique – OFSP
- ... Fédération des médecins suisses – FMH
- ... Association suisse des infirmières et infirmiers – ASI
- ... Association Suisse pour les sciences infirmières – APSI
- ... Société suisse des médecins-dentistes – SSO
- ... Société Suisse des Pharmaciens – pharmaSuisse
- ... Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux – GSASA
- ... Association suisse de physiothérapie – physioswiss
- ... Organisation suisse des patients – OSP
- ... Ente Ospedaliero Cantonale – EOC
- ... H+ – Les Hôpitaux de Suisse
- ... Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux – FSDH
- ... Fœderatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmCh
- ... Collège de médecine de premier recours – CMPR
- ... Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – CDS

La Fondation est soutenue et financée par ...

- ... ses organisations fondatrices (voir plus haut)
- ... tous les cantons suisses
- ... des donateurs, des mécènes, des bailleurs de fonds tiers, des sponsors et des partenaires
- ... la vente de ses prestations et services
- ... la coopération avec des spécialistes engagés et des organisations partenaires en Suisse et à l'étranger

publication

sécurité des patients suisse

N° 5

Opération «Sécurité chirurgicale»

La liste de contrôle chirurgicale
et sa mise en œuvre:
culture – équipe – instrument

Fondation pour la Sécurité des Patients

Paula Bezzola

Dr Marc-Anton Hochreutener

Prof. David Schwappach

Collaboration

Annegret Borchard, Prof. Pietro Giovanoli,

PD Dr Karl Hampl, Dr Daniel Herren,

Dr Christiane Roth



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

Impressum

Editeur: Fondation pour la Sécurité des Patients
Graphisme: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurich
Traduction: bureau mimetis
Lectorat et correction: Charlotte Vogel, Paula Bezzola
Impression: DE Druck AG, Effretikon
Décembre 2012
© Fondation pour la Sécurité des Patients, Zurich

Fondation pour la Sécurité des Patients
Secrétariat et contact
Asylstrasse 77
CH – 8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespateurs.ch
info@securitedespateurs.ch

Siège de la Fondation pour la Sécurité des Patients
c/o Académie suisse des sciences médicales (ASSM), Bâle

Cet ouvrage fait partie de la vaste série des publications de la Fondation pour la Sécurité des Patients traitant des divers aspects de la sécurité des patients et de la gestion du risque clinique. Des informations concernant tous ces documents et leurs possibilités de commande figurent sous www.securitedespateurs.ch.

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1 Remerciements | 9 |
| 2 Avant-propos | 9 |
| 3 L'essentiel en bref | 13 |
| 4 Introduction | 19 |
| 4 1 Eléments clés de la sécurité chirurgicale | 20 |
| 4 2 Le programme «Sécurité chirurgicale Suisse» | 21 |
| 4 3 Ce que vous trouverez dans cette publication | 24 |
| 5 Efficacité et observance des listes de contrôle chirurgicales, facteurs favorisant leur mise en œuvre – Résumé d'une revue systématique de la littérature scientifique | 25 |
| 6 Vérifications essentielles pour la sécurité et liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» | 31 |
| 6 1 Utilisation d'une liste de contrôle: aspects centraux | 32 |
| 6 2 Vérifications à effectuer durant la phase préopératoire | 34 |
| 6 2 1 Remarques préliminaires | 34 |
| 6 2 2 Prévention des erreurs de site opératoire | 35 |
| 6 2 3 Information donnée au patient et recueil de son consentement | 42 |
| 6 2 4 Planification et organisation de l'intervention | 46 |
| 6 3 Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» pour la phase opératoire | 50 |
| 6 3 1 Remarques préliminaires | 50 |
| 6 3 2 Sign in | 52 |
| 6 3 3 Team time out | 58 |
| 6 3 4 Sign out | 64 |
| 6 3 5 Aspects spécifiques et situations particulières | 68 |
| 7 Mise en œuvre efficace de la liste de contrôle chirurgicale | 71 |
| 7 1 Conditions préalables: évolution des mentalités, connaissances et engagement des cadres | 72 |
| 7 2 Communication ouverte: une composante indispensable pour la culture de la sécurité | 73 |
| 7 3 Connaissances et attitude des professionnels concernés | 74 |
| 7 4 Mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale: procédure | 76 |
| 7 5 Adaptation de la liste de contrôle chirurgicale | 77 |
| 7 6 Transmission de savoirs et communication | 79 |
| 7 7 Evaluation | 82 |
| 8 Bibliographie – Références | 85 |

Précision: Pour des raisons de confort de lecture, nous avons renoncé à la désignation systématique des personnes au féminin et au masculin. Dans tous les cas, les deux sexes sont concernés.

Le présent projet a bénéficié de l'appui financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Fœderatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh)



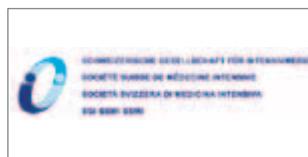
Il a également été soutenu sur le plan de la conception et des connaissances spécialisées par la Fœderatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh) et l'ensemble des sociétés qui la composent, ainsi que par l'Association Professionnelle des Techniciennes/-ens de Salle d'Opération (APS TSO), der Vereinigung für Leitendes OP-Personal (LOPS), la Fédération suisse des infirmières et infirmiers d'anesthésistes (FSIA) et par le Groupe d'intérêt Commun National des Infirmier(ères) du domaine opératoire Suisse (SIDOPS).



Membres de la fmCh

- SSAR** – Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation
- SSC** – Société Suisse de Chirurgie
- SSDV** – Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie
- SSGO** – Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
- SSCM** – Société Suisse de Chirurgie de la Main
- SSMI** – Société Suisse de Médecine Intensive
- SSCP** – Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique
- SSN** – Société Suisse de Neurochirurgie

- SSOT** – Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie
- SSORL** – Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale
- SSCPRE** – Société Suisse de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique
- SSCR** – Société Suisse de Chirurgie du Rachis
- SSCC** – Société Suisse de Chirurgie Cardiaque et Vasculaire Thoracique
- SSU** – Société Suisse d'urologie
- SSO** – Société Suisse d'Ophtalmologie
- SSCOMF** – Société Suisse de Chirurgie maxillo-faciale





1 | Remerciements

2 | Avant-propos

1 | Remerciements

Le présent document doit beaucoup aux apports de nombreux spécialistes et experts, à qui nous exprimons ici nos vifs remerciements pour leur précieuse collaboration et pour leur disposition à se pencher avec nous sur les questions centrales qui y sont abordées.

Nous tenons à citer en particulier toutes les personnes qui se sont prêtées à des entretiens spécialisés:

Anne-Sophie Bétrisey (présidente de l'association professionnelle des techniciennes/-ens de salle d'opération APS TSO, responsable des techniciens de salle d'opération ES, Hôpital municipal Waid, Zurich), PD Dr Pierre Chopard (responsable du service Qualité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève), Prof. Dieter Conen (président de la Fondation pour la Sécurité des Patients, ancien médecin-chef du département de médecine, Hôpital cantonal d'Aarau), Stéphane Cullati (collaborateur scientifique, sociologue, service Qualité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève), Dr Gerald Dziekan (Head Safe Surgery, Pulse Oximetry, Care Checklists & AMR Programmes, WHO Patient Safety World Alliance for Safer Health Care), Dr Sandra Gautschi-Meyer (spécialiste FMH en anesthésiologie, Clinique Hirslanden Zurich), Dr Francesca Giuliani Kocsis (responsable de la gestion de la qualité et du conseil aux patients, Hôpital universitaire de Zurich), Prof. Olivier Guillod (professeur ordinaire, directeur de l'Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel), Prof. Pierre Hoffmeyer (médecin chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, directeur du département de chirurgie, Hôpitaux Universitaires de Genève), Dr Joachim Koppenberg (directeur d'hôpital, médecin-chef du service d'anesthésiologie, Ospidal – Center da Sandà Engiadina Bassa, Scuol), Christoph Schori (président SIGA/FSIA education et responsable de la formation en soins d'anesthésie EPD ES, Hôpital universitaire de Bâle), Dr Sven Staender (médecin chef du service d'anesthésiologie et de médecine intensive,

Hôpital de Männedorf, membre du conseil consultatif de la Fondation pour la Sécurité des Patients, enseignant en sécurité des patients à l'Université de Zurich), Anthony Staines Ph.D. (consultant à l'Hôpital neuchâtelois, chargé du programme «Sécurité des patients de la Fédération des hôpitaux vaudois», Staines Improvement Research), Dana Stalder (membre du comité de la LOPS, infirmière-chef de bloc opératoire, Clinique universitaire de chirurgie pédiatrique, Hôpital de l'Île, Berne), Prof. Andreas F. Widmer, MS (médecin chef suppléant et responsable du service d'hygiène hospitalière, Hôpital universitaire de Bâle).

Notre reconnaissance va également à la *Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmCh* (Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive), à ses associations membres et à ses experts, qui ont participé à la procédure de consultation sur le document ayant servi de base pour notre publication.

D' Marc-Anton Hochreutener,
directeur de la Fondation pour la Sécurité
des Patients

Paula Bezzola, MPH,
directrice adjointe,
responsable de progress! programmes pilotes
sécurité des patients en Suisse
et responsable de progress! sécurité surgical

2 | Avant-propos

Depuis la publication du document «To Err is Human: Building a Safer Health System» par l'Institut de médecine américain (USA), au seuil du 21^e siècle, l'attitude face aux préjudices subis par les patients ainsi qu'à leurs causes n'a cessé d'évoluer. On a longtemps considéré que ces incidents étaient indissociables de toute activité médicale moderne ou qu'ils étaient dus à des collaborateurs qui avaient «mal travaillé». Par la suite, l'idée s'est peu à peu imposée, jusque dans le monde médical, que l'erreur était humaine et que même les personnes les mieux formées et les plus motivées pouvaient en commettre.

La dimension de la problématique tient notamment à son ampleur. Chaque année en effet, quelque 234 millions d'opérations sont réalisées dans le monde. Le taux de décès est de 0,4 à 0,8% et le taux de complications situé entre 3 et 16% (1), ce qui équivaut à environ un million de morts et sept millions de personnes victimes de lourdes séquelles. La chirurgie est davantage en ligne de mire du fait que les événements indésirables revêtent souvent un caractère dramatique et que les résultats sont immédiatement visibles et plus spectaculaires que pour bon nombre d'autres erreurs de traitement survenant par exemple dans le processus de médication. C'est la raison pour laquelle les conséquences graves des erreurs en médecine invasive posent à toutes les personnes impliquées un défi immense. Les premières victimes – qui sont aussi les plus touchées – sont bien sûr les patients et leurs proches, mais ces incidents représentent également un poids énorme pour les collaborateurs concernés. Si l'événement traumatisant n'est pas géré de manière adéquate, il peut se muer en un fardeau durable, voire permanent, et faire d'eux des «secondes victimes» souffrant d'avoir causé du tort au patient alors même que c'est son bien qu'ils voulaient. Les répercussions de ces incidents peuvent être considérables: outre les préjudices subis par le patient et sa perte de confiance dans le monde médical, les erreurs génèrent des surcoûts, des procédures juridiques sans fin et une insécurité parmi les membres du personnel pouvant les conduire, dans les cas extrêmes, à mettre fin à leur carrière professionnelle. Sans compter qu'elles peuvent entacher durablement la réputation de l'institution dans son ensemble.

Aujourd'hui, la sécurité des patients et la prévention des erreurs en chirurgie figurent parmi les préoccupations prioritaires dans le monde entier. Mais pour autant, les causes des événements indésirables liés à des erreurs – structures, processus et modes de comportements susceptibles de les engendrer, manque d'entraînement des équipes et absence de pratique de l'apprentissage collaboratif – n'ont pas été écartées partout. Il en résulte une application encore lacunaire du savoir faire à disposition. Nous pensons notamment à la prophylaxie antibiotique préopératoire, qui permet de réduire ou même d'éviter les infections de site opératoire, ou aux connaissances de nature à diminuer les complications liées à l'anesthésie ou à empêcher les confusions sur la personne du patient, le site de l'intervention ou le côté opéré.

Telles sont les raisons qui ont conduit la Fondation pour la Sécurité des Patients à mettre sur pied le présent programme, élaboré en étroite collaboration avec l'Association faîtière des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh) et ses associations membres, les associations professionnelles du personnel opératoire ainsi que de nombreux spécialistes travaillant «au front».

Pour le réaliser, la Fondation pour la Sécurité des Patients s'est inspirée du programme de l'OMS «Une chirurgie plus sûre pour sauver des vies», mais aussi de ses «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire» ainsi que des expériences et de l'expertise de nombreux spécialistes en Suisse. Le cœur du programme est constitué par l'application systématique et consciencieuse d'une liste de contrôle ainsi que de procédures de sécurité entraînées en équipe. Celles-ci correspondent au stade le plus avancé des connaissances scientifiques et ont prouvé qu'elles améliorent la sécurité chirurgicale, pour autant bien sûr qu'elles soient mises en œuvre de manière durable et conséquente. Le but visé par notre publication est donc de faire de l'instrument proposé une norme qui soit respectée dans tous les cas.

La mise en place et l'application systématique de listes de contrôle représentent un défi pour l'organi-

sation comme pour la culture de l'établissement. C'est pourquoi une grande attention est accordée à l'introduction et à l'ancrage de cet instrument dans les structures et les procédures de chaque institution, compte tenu de leur spécificité. L'accent est ainsi placé sur une approche multiprofessionnelle et interdisciplinaire, sur l'engagement de la direction et sur la disposition de l'établissement à encourager une culture de la sécurité et de la communication – et par là de la collaboration au sein des équipes, vécue au quotidien. Des objectifs d'ailleurs annoncés par le sous titre de ce document: culture – équipe – instrument.

La Fondation pour la Sécurité des Patients entend promouvoir la diffusion et l'application de ses recommandations par le biais d'un programme pilote national intitulé «progress! La sécurité en chirurgie». En incluant cet outil dans la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé et en participant largement à son financement, la Confédération souligne que, pour elle, cette thématique est susceptible de contribuer à la qualité de la prise en charge médicale. La fmCh et les associations professionnelles du personnel technique et infirmier de salle d'opération apporteront elles aussi leur appui conceptuel et financier à ce programme et en assureront en outre l'implantation sur le terrain.

La présente publication constitue le fondement du programme «Sécurité chirurgicale» en termes de contenu comme de méthodologie. Elle propose des commentaires détaillés, des informations de fond et des recommandations, tant pour son introduction en général que pour son application concrète dans des lieux précis. La Fondation pour la Sécurité des Patients préparera ultérieurement d'autres moyens auxiliaires qui pourront être téléchargés sur son site internet, à l'adresse www.securitedespatients.ch.

Nous remercions tous les experts et l'ensemble des organisations spécialisées qui s'engagent d'ores et déjà pour la «Sécurité chirurgicale» et qui continueront de le faire, contribuant ainsi à développer, diffuser et appliquer le programme présenté ici, dans l'intérêt des patients, mais aussi des collaborateurs actifs dans les disciplines chirurgicales. C'est grâce à leur soutien que le maillage du filet de sécurité pourra encore se resserrer.

Fondation pour la Sécurité des Patients

Prof. Dieter Conen
Président

Fœderatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh)

Prof. Urban Laffer
Président

Organisations du personnel technique et infirmier du domaine opératoire

Anne-Sophie Bétrisey
Présidente de l'Association professionnelle des techniciennes/-ens de salle d'opération – APS TSO

Kathrin Ziörjen
Présidente de la Vereinigung für leitendes OP-Personal – LOPS

Marcel Künzler
Président de la Fédération des infirmières et infirmiers anesthésistes – SIGA-FSIA



3 | L'essentiel en bref

3 | L'essentiel en bref

Le résumé ci-après fournit une vue d'ensemble du contenu de notre publication et peut être lu indépendamment du texte principal. Pour saisir la problématique de façon approfondie, il est toutefois recommandé de prendre connaissance du document dans sa version intégrale.

Arrière-plan

Eviter les erreurs et les complications en chirurgie constitue une préoccupation majeure dans le monde entier. Une étude néerlandaise publiée récemment montre que 65% de tous les événements indésirables survenant aux Pays-Bas concernent la chirurgie. Il s'agit par exemple d'infections, de complications liées à l'anesthésie ou encore d'erreurs de site opératoire. Selon les estimations, 45% de ces incidents auraient pu être évités¹. Des besoins d'amélioration ont été relevés en particulier dans la coordination des processus et la communication, mais aussi dans la mise en œuvre systématique de normes, notamment en matière de prophylaxie antibiotique ou de marquage du site opératoire.

Soucieuse d'améliorer la sécurité en chirurgie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mène depuis plusieurs années une campagne intitulée «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies», qui propose à titre d'outil principal l'application d'une liste de contrôle chirurgicale. Il est avéré que ce programme permet de réduire le nombre d'erreurs dès lors que ses recommandations sont mises en œuvre de manière conséquente. La Fondation pour la Sécurité des Patients s'est saisie de ce thème pour la Suisse en publiant des «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire», élaborées conjointement avec l'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh).

Une revue de la littérature scientifique effectuée par la Fondation pour la Sécurité des Patients sur les listes de contrôle chirurgicales – efficacité, observance et facteurs favorisant leur mise en œuvre – montre que ces outils ont des effets fortement positifs sur les résultats cliniques. Selon une étude très récente, ceux-ci

sont dans une large mesure associés à l'application systématique et méthodiquement correcte de ces instruments. Comme l'attestent de premières enquêtes, leur stricte observation se traduit également par des avantages économiques.

A condition d'être bien employée, une liste de contrôle est à la fois une ressource et un élément du processus. Sa fonction première n'est pas de fournir un soutien à la décision clinique, mais d'être un aide-mémoire facilitant le travail. Ce sont précisément les choses et les actions qui semblent aller de soi qui sont souvent omises. Les listes de contrôle permettent d'éviter les oublis. Elles assurent également une communication clairement structurée, constructive et centrée sur l'essentiel, ce qui améliore le flux d'informations, accroît l'efficacité de l'équipe et augmente la sécurité des patients. Les professionnels peuvent se concentrer sur les questions complexes qui nécessitent leur savoir-faire spécifique et consacrer davantage d'attention aux informations indispensables pour une anticipation correcte des risques.

En Suisse, quelques institutions de santé appliquent d'ores et déjà les recommandations de l'OMS et de la Fondation pour la Sécurité des Patients – certaines d'entre elles de façon ponctuelle, d'autres plus systématiquement. Dans bon nombre d'entre elles cependant, elles ne sont pas mises en œuvre ou ne le sont que partiellement.

Contenu et objet de la présente publication

La Fondation pour la Sécurité des Patients souhaite présenter ici un programme nouveau destiné à améliorer la sécurité des prestations chirurgicales et transmettre le savoir-faire requis pour le mettre en œuvre. Synthèse de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS et des «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire» de la Fondation pour la Sécurité des Patients, la méthode proposée est conçue de façon à pouvoir être appli-

¹ Les renvois aux sources sont indiqués dans les chapitres correspondants du texte principal.

quée de manière isolée ou à titre de complément aux deux documents sur lesquels elle repose.

Comme la majorité des protocoles en vigueur aujourd'hui, la liste de l'OMS se focalise sur l'intervention chirurgicale à proprement parler ainsi que sur les étapes qui la précèdent et la suivent immédiatement. Il a cependant été relevé qu'une bonne préparation préopératoire contribuait de manière déterminante à éviter les erreurs durant l'opération elle-même, c'est pourquoi elle est incluse dans le présent programme. Outre les différents contrôles à effectuer lors de ces deux étapes, ce dernier précise la raison d'être de chacune d'elles et fournit des informations méthodologiques relatives à leur réalisation. Il aborde également les possibilités d'adaptation dans les établissements et le pourquoi des redondances, tout en décrivant quelques situations particulières et circonstances exceptionnelles, comme les cas d'urgence.

Cette publication peut donc servir de base pour introduire de nouvelles mesures ou adapter celles qui existent, mais aussi être vue comme un ouvrage de référence.

Elle s'adresse à un vaste public cible formé notamment de

- professionnels et responsables de projet des différentes disciplines concernées – chirurgie, anesthésie, soins infirmiers, domaine opératoire –, spécifiquement les personnes occupant des positions de cadres;
- responsables de la gestion de la qualité et des risques dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.

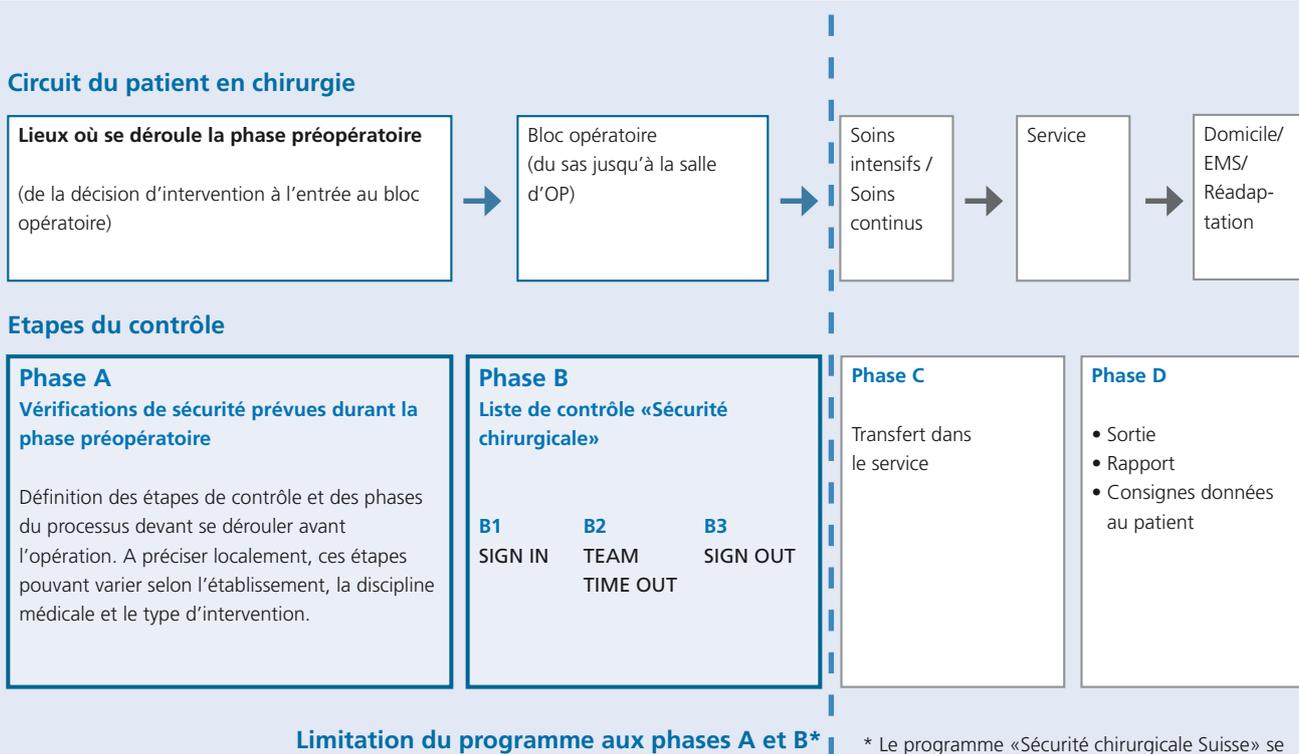
Large soutien

Pour développer le contenu de ces recommandations, la Fondation pour la Sécurité des Patients a bénéficié du soutien de spécialistes et de représentants de la fmCh. Les avis recueillis à l'occasion d'une vaste consultation auprès des associations membres de la fmCh et d'autres experts ont en outre permis de compléter et de remanier certains points.

Vérifications essentielles pour la sécurité et liste de contrôle «Sécurité chirurgicale»

Le programme est axé sur le processus de traitement. Les vérifications de sécurité et la liste de contrôle

chirurgicale correspondent au lieu où se trouve le patient au cours de ce processus, comme le montre l'illustration ci-après.



ill. 1: Intégration des étapes du contrôle dans le circuit du patient (31)

Phase A

Les vérifications effectuées durant la phase préopératoire (phase A) ont pour objectif de régler par anticipation tous les aspects relevant de la sécurité de façon à éviter autant que possible la survenue de problèmes durant l'intervention elle-même. N'y ont été inclus que les éléments qui sont vérifiés une nouvelle fois durant la phase B, à titre de dernière barrière de sécurité. Etant donné que la phase préopératoire peut différer selon les institutions et les disciplines médicales, la présente publication ne fournit pas de liste de contrôle concrète, mais précise les points les plus importants à passer en revue et formule des recommandations. Ces éléments devront être complétés par des mesures de sécurité supplémentaires ou intégrés dans les listes de contrôle existantes.

Les vérifications de sécurité de la phase A doivent englober les aspects suivants:

- Prévention des erreurs de site opératoire (vérification de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire et de son marquage)
- Information adéquate et, si possible, recueil du consentement explicite du patient
- Planification et organisation de l'intervention (évaluation des risques, mise à disposition des documents, des appareils et du matériel requis, établissement de prescriptions pour la phase opératoire)

Phase B

Pour la phase B (phase opératoire proprement dite, se déroulant au bloc opératoire), le programme contient une liste de contrôle concrète, à l'image de celle de l'OMS. Composante centrale du projet «Sécurité chirurgicale», elle peut être reprise telle quelle ou être adaptée, voire complétée selon les besoins des institutions. En pareil cas, il est essentiel de ne pas en retirer les éléments clés. Les critères à prendre en compte s'il y a adaptation à l'établissement ou à la spécialité médicale sont traités dans un chapitre à part.

La liste de contrôle chirurgicale de la phase B (bloc opératoire) vise à vérifier les aspects suivants et à communiquer à leur sujet:

Avant induction de l'anesthésie (= Sign in):

- Vérification des points suivants: identité du patient, type d'intervention, site opératoire et son marquage, technique d'anesthésie prévue, information donnée au patient / recueil de son consentement
- Vérification de la sécurité anesthésique et briefing
- Evaluation des risques spécifiques au patient (allergies, intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé, perte sanguine importante)
- Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Avant incision (= Team time out):

- Présentation des membres de l'équipe (composition de l'équipe)
- Vérification de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte du patient
- Vérification de la prophylaxie antibiotique
- Anticipation d'événements critiques potentiels (risques liés à l'anesthésie, étapes critiques, durée de l'intervention, risque de perte sanguine, stérilité des instruments, remarques concernant le matériel ou autres problèmes)
- Contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie et des implants requis

Avant la sortie de l'opérateur (= Sign out):

- Confirmation des actes chirurgicaux effectués
- Confirmation du décompte correct des instruments, compresses, tampons, aiguilles, etc.

- Confirmation de l'étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire
- Information sur les problèmes de matériel
- Information sur les aspects principaux à prendre en compte (notamment les prescriptions) dans la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient

Le site internet de la Fondation pour la Sécurité des Patients publie des exemples de mise en œuvre émanant de diverses institutions.

Mise en œuvre efficace de la liste de contrôle chirurgicale

La liste de contrôle chirurgicale ne déploie ses effets que si elle est suivie de manière stricte. Autrement dit, elle doit être utilisée lors de chaque intervention et l'intégralité de ses éléments doivent être passés en revue de façon correcte, complète et consciencieuse (observance de 100%). Pour atteindre un niveau d'observance élevé et durable et appliquer la liste de contrôle avec succès, il convient de créer un certain nombre de conditions de base, de définir les stratégies appropriées et de mener des travaux préparatoires.

L'établissement devra ainsi donner une information étendue sur l'importance que revêtent, pour la sécurité des patients, la liste de contrôle et la communication entre les membres de l'équipe et les personnes concernées devront s'entraîner à son utilisation. Au moment d'introduire la liste, il convient de choisir une procédure à laquelle participeront tous les professionnels impliqués. Cela se justifie d'autant plus qu'aujourd'hui dans le monde médical, l'utilisation commune d'une liste par les divers groupes professionnels n'est pas encore entrée dans les mœurs.

La culture de la sécurité – et par là l'efficacité d'une liste de contrôle chirurgicale – passe inmanquablement par une communication ouverte, une confiance réciproque et une gestion offensive des erreurs. Une telle attitude présuppose que chaque membre du personnel, quel que soit son niveau hiérarchique, se sente libre de prendre la parole pour exprimer à haute voix ses remarques ou ses préoccupations. Parmi les facteurs de succès figurent également la définition de

stratégies et de mesures relatives à la transmission de savoirs et à la communication ainsi que la désignation de personnes chargées de promouvoir le projet (ci-après promoteurs).

La bonne marche du programme dépend en outre de l'engagement actif des cadres, des médecins agréés et des promoteurs, qui jouent un rôle décisif à toutes les étapes, puisqu'ils ont pour tâche de mettre les ressources nécessaires à disposition ou d'approuver et d'encourager l'utilisation de la liste. Pour que l'ensemble des collaborateurs en ressentent l'application comme une norme sociale, les cadres de tous les groupes professionnels doivent en faire un impératif et assumer leur fonction de modèles. Dans le respect d'un certain nombre de critères, la liste doit être adaptée aux spécificités locales et testée avec les professionnels concernés.



4 | Introduction

4 | Introduction

4 | 1 | Éléments clés de la sécurité chirurgicale

En dépit de l'extraordinaire évolution de la médecine en général et des disciplines chirurgicales en particulier – mais aussi pour cette raison –, la prise en charge sanitaire s'accompagne encore et toujours de problèmes de sécurité, la médecine invasive étant par nature spécialement exposée. C'est pourquoi la prévention des complications et des erreurs en chirurgie constitue un élément clé de la sécurité des patients.

Chaque année dans le monde, quelque 234 millions d'opérations sont réalisées (1). Composantes importantes de la prise en charge sanitaire, ces interventions sont parfois la seule thérapie possible. Elles peuvent améliorer la qualité de vie des patients, leur éviter des complications ou même leur sauver la vie. Vu l'incidence croissante des affections aiguës et chroniques, la chirurgie prendra une place grandissante. Toute opération est cependant associée à un risque de complications et de mortalité non négligeable (2): les infections, les complications liées à l'anesthésie ou les erreurs de site opératoire ou de côté opéré n'épargnent aucun des systèmes sanitaires, pas même ceux des pays occidentaux (3;4). Plusieurs études relèvent par exemple une proportion d'erreurs de site opératoire allant de 1:3000 à 1:30000, la fréquence variant toutefois d'une spécialité médicale à l'autre (5-8). Si l'on considère les chiffres, ce type d'erreurs paraît relativement rare, mais lorsqu'elles se produisent, leurs conséquences pour le patient et le personnel sont en règle générale dévastatrices et leurs répercussions économiques non moins graves (9; 10). Les infections représentent environ 40% de tous les événements chirurgicaux indésirables (11), le taux de sites opératoires infectés oscillant d'après les études entre 2 et 20% suivant les facteurs de risques. (12-14). Elles sont à l'origine de surcoûts, notamment en raison de la prolongation consécutive du séjour hospitalier (15-17). Comme le prouvent plusieurs études, le nombre de décès pouvant être reliés à l'anesthésie a en revanche forte-

ment diminué au cours des dernières années, puisqu'il n'est plus que de 1 pour 100000 patients. Les complications graves liées à l'anesthésie et laissant des séquelles ont connu, pour leur part, une réduction moins forte. Leur incidence reste en effet de 1 cas pour 170 à 500 patients, soit une proportion relativement élevée (18-20).

Les auteurs d'une étude néerlandaise récente ont conclu qu'aux Pays-Bas, la chirurgie était responsable de 65% de tous les événements indésirables enregistrés dans les hôpitaux (11) et que 45% de ces incidents auraient pu être évités. Des besoins d'amélioration ont été constatés en particulier dans la coordination des processus et la communication, mais aussi dans la mise en œuvre consciencieuse de normes (p. ex. prophylaxie antibiotique, observation de règles claires en matière de procédures et de vérifications, marquage du site opératoire et application du «Team time out» avant incision) (21). En d'autres termes, les événements indésirables et les erreurs évitables en chirurgie ne sont pas a priori dus à un manque de conscience professionnelle de personnes isolées, mais relèvent plutôt d'un problème systémique qu'il y a lieu de combattre par une approche et des moyens auxiliaires de cette nature (22).

Désireuse d'empoigner ce problème, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé il y a quelques années la campagne «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies», dont les recommandations, lorsqu'elles sont appliquées correctement, ont déjà prouvé leur efficacité en termes de réduction du nombre d'erreurs (23-26). Une étude multicentrique conduite en 2009 par Haynes et al. montre que l'application de la liste de contrôle de l'OMS dans des pays à revenu moyen ou supérieur améliore la sécurité des patients. Le programme de l'OMS n'est toutefois pas seul en son genre. Il existe d'autres protocoles internationaux de référence, dont un a été élaboré aux Etats-Unis par la Joint Commission² et un autre – intitulé SURPASS (SURgical PATient Safety System) – aux Pays-Bas (27-32). En Suisse, la Fondation pour la Sécurité des Patients a rédigé des «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire», conjointement avec l'Association

² Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) = The Joint Commission.

suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh) et l'association allemande de sécurité des patients (Aktionsbündnis Patientensicherheit Deutschland (33)).

Les listes de contrôle – souvent appelées «protocoles» – constituent un outil important pour éviter les erreurs humaines dans des champs professionnels caractérisés par une complexité et une intensité élevées. Leur utilisation va de pair avec des changements dans les procédures de travail et la culture de l'équipe, lesquels améliorent à leur tour la communication. Une communication clairement structurée, orientée vers un objectif et où tous les membres de l'équipe sont sur pied d'égalité contribue en effet à accroître la sécurité des patients et, partant, à éviter les événements indésirables et les décès. Selon une revue de la littérature scientifique réalisée par la Fondation pour la Sécurité des Patients, l'efficacité des listes de contrôle chirurgicales est abondamment démontrée par les résultats cliniques (cf. chap. 5, p. 26 ss). Selon une étude très récente, leur observation exhaustive et méthodiquement correcte est dans une large mesure associée à des résultats cliniques positifs (34) et de premières enquêtes soulignent le fait qu'elle se traduit également par des avantages économiques (35). Les responsables de la gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients ainsi que d'éminents spécialistes de la médecine invasive recommandent d'adopter de telles listes comme normes à l'échelle du pays. Quelques institutions sanitaires suisses appliquent d'ores et déjà les recommandations de l'OMS et de la Fondation pour la Sécurité des Patients, certaines d'entre elles ponctuellement, d'autres de façon plus systématique. Dans nombre d'établissements de santé cependant, elles ne sont pas mises en œuvre, ou ne le sont que partiellement.

4 | 2 | Le programme «Sécurité chirurgicale Suisse»

Fondements

Les recommandations présentées ici constituent une synthèse de la liste de contrôle chirurgicale de l'OMS et des «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire» élaborées par la Fondation pour la Sécurité des Patients. Elles sont adaptées au contexte suisse et conçues de façon à pouvoir être utilisées de manière isolée ou en complément aux deux méthodes sur lesquelles elles reposent. Afin de déterminer s'il y avait lieu de prendre en compte des éléments d'autres programmes de référence, la Fondation pour la Sécurité des Patients a mené des recherches sur les protocoles disponibles aux plans national et international. Cette revue systématique de la littérature scientifique lui a également fourni des informations précieuses sur l'efficacité, l'observance et les facteurs de succès des différentes listes de contrôle³. La Fondation pour la Sécurité des Patients a encore intégré, dans ce travail, l'évaluation de ses propres «Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire». L'instrument proposé bénéficie en outre des nombreux apports de spécialistes de la médecine invasive, d'anesthésistes et de membres du personnel opératoire (cf. chap. 1, p. 10). Un groupe de projet formé de spécialistes et de membres de la fmCh a accompagné le secrétariat de la Fondation pour la Sécurité des Patients dans ses travaux de développement du programme et d'orientation de son contenu. Les avis recueillis à l'occasion d'une vaste consultation auprès de toutes les associations membres de la fmCh ainsi que de son groupe de qualité ont permis de compléter et de remanier certains points.

La procédure consistant à adapter les documents de base de l'OMS aux spécificités et aux exigences locales en fonction des connaissances les plus récentes répond aux recommandations émises pour l'introduction, dans les différents pays et régions, des instruments de la campagne «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies».

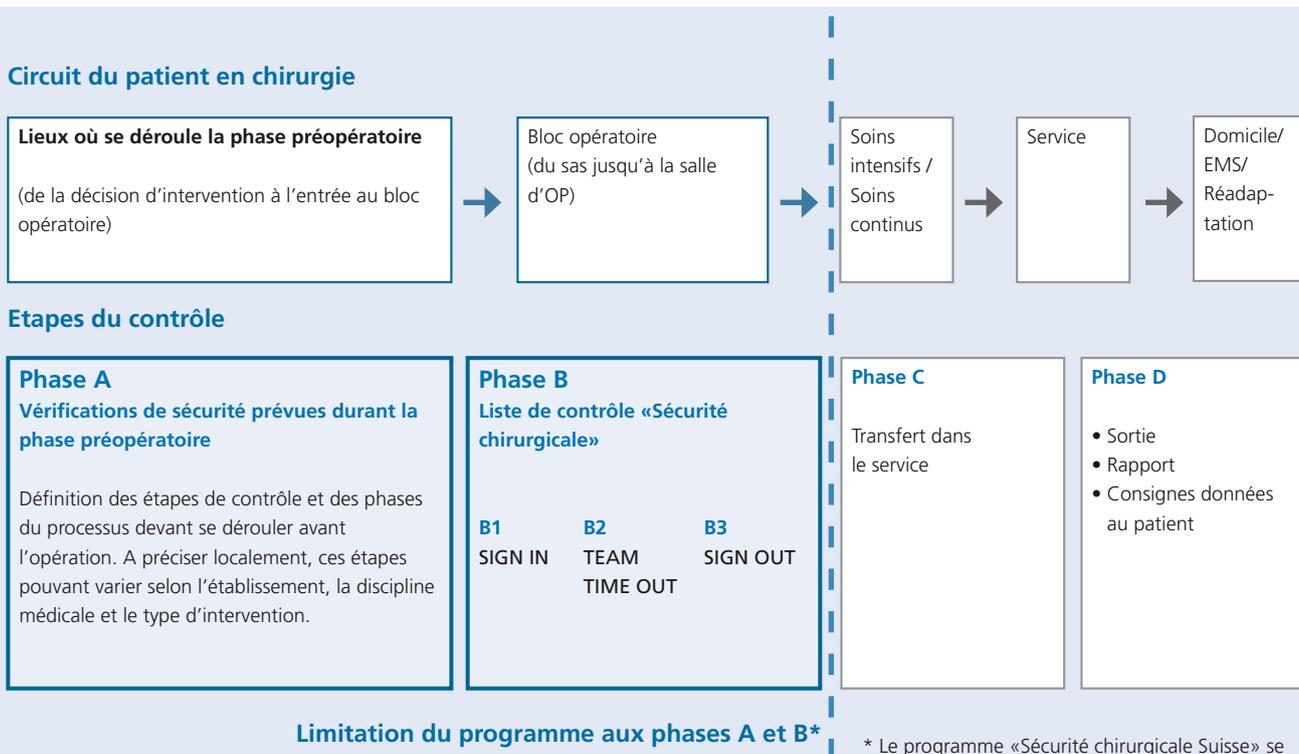
³ Le chapitre 5 contient un résumé de cette revue de la littérature spécialisée. Sa publication originale est jointe au présent document.

Contenus

Le programme de l'OMS et la majorité des protocoles relatifs à la sécurité en vigueur aujourd'hui se concentrent sur l'opération à proprement parler (procédures se déroulant au bloc opératoire, immédiatement avant et après l'intervention). Il a cependant souvent été signalé que la phase préopératoire était décisive pour éviter la survenue de problèmes durant l'intervention elle-même. C'est pourquoi notre instrument porte non seulement sur l'opération au sens strict, mais aussi sur la phase préopératoire.

La phase se déroulant dès la sortie de salle d'opération (soins intensifs / soins continus) et les étapes ul-

térieures (transfert dans le service et sortie) ont été volontairement exclues. Les englober exigerait des changements de processus supplémentaires et un engagement important de l'ensemble du personnel hospitalier. Leur prise en compte peut être envisagée dans une étape ultérieure et se fonder par exemple sur la liste de contrôle SURPASS. Le programme «Sécurité chirurgicale» suit directement le circuit du patient soumis à un traitement invasif (circuit du patient). L'illustration ci-dessous présente à chaque fois le lieu où ce dernier se trouve lors du processus opératoire en regard des contrôles qui doivent être effectués à chacune des étapes mentionnées.



ill. 1: Intégration des étapes du contrôle dans le circuit du patient (31)

Etant donné son lien avec le circuit du patient, le programme «Sécurité chirurgicale» se décline en deux parties principales:

Phase A: garantie de la sécurité et prévention des erreurs durant la phase préalable à l'intervention

Phase B: garantie de la sécurité et prévention des erreurs dans le contexte immédiat de l'intervention

Aspects à contrôler au cours de la phase A (phase préopératoire):

- Prévention des erreurs de site opératoire (vérification de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire et de son marquage)
- Information adéquate et, si possible, recueil du consentement explicite du patient
- Planification et organisation de l'intervention (évaluation des risques, mise à disposition des documents, des appareils et du matériel requis, établissement de prescriptions pour la phase opératoire)

Aspects à contrôler au cours de la phase B (salle d'opération):

Avant induction de l'anesthésie (= Sign in):

- Vérification des points suivants: identité du patient, type d'intervention, site opératoire et son marquage, technique d'anesthésie prévue, information donnée au patient / recueil de son consentement
- Vérification de la sécurité anesthésique et briefing
- Evaluation des risques spécifiques au patient (allergies, intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé, perte sanguine importante)
- Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Avant incision (= Team time out):

- Présentation des membres de l'équipe (composition de l'équipe)
- Vérification de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte du patient
- Vérification de la prophylaxie antibiotique
- Anticipation d'événements critiques potentiels (risques liés à l'anesthésie, étapes critiques, durée de l'intervention, risque de perte sanguine, stérilité des instruments, remarques concernant le matériel ou autres problèmes)
- Contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie et des implants requis

Avant la sortie de l'opérateur (= Sign out):

- Confirmation des actes chirurgicaux effectués
- Confirmation du décompte correct des instruments, compresses, tampons, aiguilles, etc.
- Confirmation de l'étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire
- Information sur les problèmes de matériel
- Information sur les aspects principaux à prendre en compte (notamment les prescriptions) dans la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient

4 | 3 | Ce que vous trouverez dans cette publication

Contenus et mise en œuvre

Cette publication fournit un résumé des vérifications de sécurité et des points figurant sur la liste de contrôle «Sécurité chirurgicale». Il est accompagné de commentaires et de renseignements supplémentaires tels que raison d'être des diverses étapes et informations relatives au fond et à la mise en œuvre.

Tandis que, pour la phase B, la Fondation pour la Sécurité des Patients propose une liste de contrôle concrète à titre d'instrument pour le bloc opératoire, les vérifications et recommandations concernant la phase A sont formulées de manière générale. Pour certains des contrôles dans chacune des phases, les lecteurs trouveront des options de mise en œuvre qui se fondent notamment sur les entretiens menés avec les spécialistes de la branche. Le site de la Fondation pour la Sécurité des Patients publie en outre des exemples d'application (instruments élaborés par diverses institutions) ainsi que des réponses à des questions fréquemment posées. L'un des chapitres contient un aperçu des situations particulières de la mise en œuvre, des conseils relatifs à des circonstances exceptionnelles – telles que les cas d'urgence – et des recommandations pour une application efficace et durable des vérifications de sécurité et de la liste de contrôle chirurgicale.

L'instrument adapté pour la Suisse est conçu comme une liste générique qui peut être utilisée telle quelle ou être modifiée et complétée selon les besoins locaux. En pareil cas, il convient de ne pas en retirer les éléments principaux et, en tout état de cause, de vérifier que ses différents points correspondent au contexte spécifique et que leur application est intégrée dans le déroulement propre à chaque établissement.

Les institutions peuvent utiliser la présente publication comme base en vue d'introduire de nouvelles mesures ou d'adapter celles qui existent, mais aussi s'en servir comme ouvrage de référence. Elle renferme les données nécessaires pour développer le matériel et les outils requis dans le cadre de la campagne menée par la Fondation pour la Sécurité des Patients.

D'autres thèmes liés à la sécurité – élaboration de listes de contrôle spécifiques à chaque groupe professionnel, organisation et aménagement de l'environnement de travail (design) ou sécurité de la médication – ont volontairement été exclus, car ils déborderaient les limites du programme proposé.

Ce document s'adresse à un vaste public cible:

- professionnels et responsables de projet des différentes disciplines concernées – chirurgie, anesthésie, soins infirmiers, domaine opératoire –, spécifiquement les personnes occupant des positions de cadres;
- responsables de la gestion de la qualité et des risques dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.

Etant donné la diversité des fonctions occupées par nos destinataires, les préconnaissances diffèrent sensiblement d'une personne à l'autre. Ainsi, certaines trouveront dans notre document des informations qui seront pour elles des évidences alors que pour d'autres, elles seront nouvelles.

Structure

Le chapitre 5 résume la revue de la littérature scientifique consacrée à l'efficacité et à l'observance des listes de contrôle chirurgicales ainsi qu'aux facteurs favorisant leur mise en œuvre. Le chapitre 6 – véritable cœur de la publication – contient les commentaires détaillés sur les vérifications de sécurité de la phase A (phase préopératoire) et sur la liste de contrôle chirurgicale de la phase B (salle d'opération). Le chapitre 7 apporte les connaissances de base nécessaires ainsi que les conseils pratiques pour l'application de ces instruments. La bibliographie se trouve en fin de document.



5 | Efficacité et observance des listes de contrôle chirurgicales, facteurs favorisant leur mise en œuvre

Résumé d'une revue systématique de la littérature scientifique

5 | Efficacité et observance des listes de contrôle chirurgicales, facteurs favorisant leur mise en œuvre – Résumé d’une revue systématique de la littérature scientifique⁴

Annegret Borchard, David L. B. Schwappach, Aline Barbir, Paula Bezzola

Arrière-plan et objectif

Pour fonder notre programme «Sécurité chirurgicale» sur des bases scientifiques et y intégrer les acquis les plus récents de la recherche, nous avons effectué une revue systématique de la littérature spécialisée. Il s’agissait tout d’abord de relever les dernières évaluations sur l’efficacité et l’observance des listes de contrôle – ces deux critères jouant un rôle important dans la décision de les introduire –, puis de mettre en évidence les facteurs susceptibles d’influer sur ces deux éléments.

La liste de contrôle connaissant le plus large écho à l’échelle internationale semble être celle de l’OMS, suivie de près par le Universal Protocol de la Joint Commission, diffusé surtout aux Etats-Unis. L’instrument SURPASS, quant à lui, est appliqué principalement aux Pays-Bas.

Tandis que ce dernier porte sur l’intégralité du processus allant de l’admission du patient à sa sortie de l’hôpital, le Universal Protocol se concentre sur la phase préopératoire, le marquage du site opératoire et le «Team time out» et la liste de l’OMS couvre les phases précédant respectivement l’induction de l’anesthésie («Sign in»), l’incision («Team time out») et la sortie de salle du patient («Sign out»).

La revue de la littérature scientifique visait en priorité à répondre aux questions suivantes:

1. Quelle est l’efficacité des listes de contrôle chirurgicales et des protocoles mesurée aux critères considérés (complications et taux de mortalité)?
2. Quel est le taux d’observance des listes de contrôle chirurgicales (fréquence et exhaustivité)?

3. Quels facteurs influencent l’efficacité et l’observance des listes de contrôle chirurgicales et des protocoles?

A l’échelle internationale, il s’agit de la première revue de la littérature qui répond à ces questions.

Méthode

La Fondation pour la Sécurité des Patients a pris en compte uniquement les travaux originaux empiriques (quantitatifs et qualitatifs) en allemand, anglais et français publiés entre 1995 et août 2010 et figurant dans les bases de données MEDLINE, EMBASE et Cochrane Collaboration Library. Elle a en outre mené une recherche manuelle et procédé à une analyse des tables des matières de revues scientifiques qui font autorité. Ont été exclus tous les travaux qui ne contenaient pas des données primaires. La recherche électronique dans les banques de données a fourni 4997 occurrences, dont 84 articles ont pu être examinés dans leur version intégrale. Parmi eux, la Fondation pour la Sécurité des Patients a retenu 22 études qui répondaient exactement aux critères préalablement définis. Elle en a extrait des renseignements sur le mode de prise en charge, la méthode et le design de l’enquête, la population considérée, le taux de retour de questionnaires, le type de liste de contrôle, l’objectif, l’efficacité, l’observance, l’attitude des équipes et les facteurs de succès. Des méta-analyses avec effets aléatoires ont ensuite été réalisées dès lors que deux études au moins avaient examiné les mêmes résultats relatifs à l’efficacité. Une évaluation de la qualité des enquêtes prises en considération a ensuite été confiée à deux chercheurs indépendants, qui l’ont effectuée sur la base du système de Nagpal et al. Ce travail a montré une concordance modérée, avec un coefficient Kappa de 0,65; $p < 0,001$.

Résultats

1. Efficacité

Treize articles ont fourni des données sur l’efficacité des listes de contrôle. Lorsqu’il y a utilisation de la

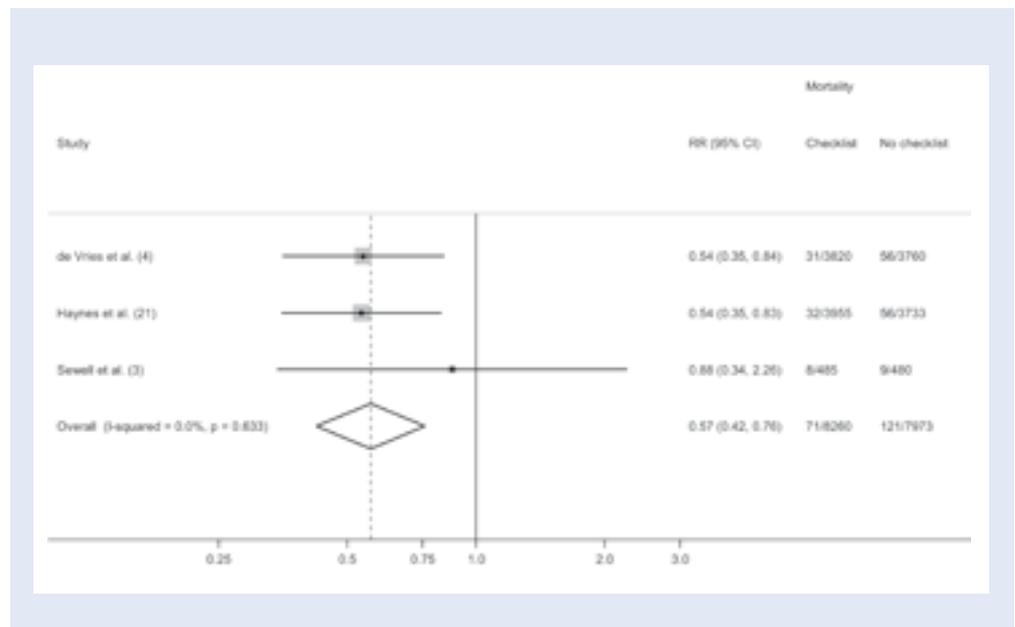
⁴ Annegret Borchard, MPH; David L. B. Schwappach, PhD, MPH; Aline Barbir, MPH; Paula Bezzola, MPH. A Systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery* 2012; 00:1-9, DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27.

liste SURPASS ou de la liste de contrôle de l'OMS, les risques relatifs s'élèvent à 0,57 [95% CI 0,42 – 0,76] pour la mortalité (ill. 2) et à 0,63 [95% CI 0,58 – 0,67] (ill. 3) pour les complications spécifiques.

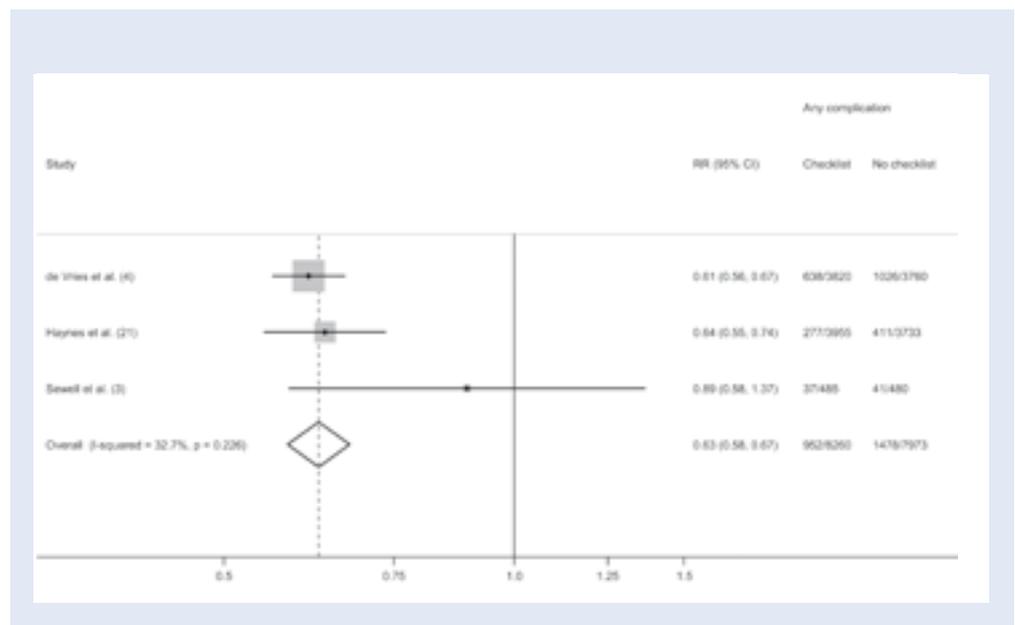
De nombreuses études ont également examiné l'efficacité des listes de contrôle utilisées sous l'angle de résultats spécifiques. A titre d'exemple, le risque relatif s'élève à

- 0,62 [95% CI 0,53 – 0,72] pour les infections du site opératoire,
- 0,76 [95% CI 0,56 – 1,02] pour une reprise non planifiée en salle d'opération,
- 0,87 [95% CI 0,67 – 1,13] pour une pneumonie.

ill. 2:
Forest Plot du rapport de risque poolé pour le taux de mortalité avec utilisation de listes de contrôle



ill. 3:
Forest Plot du rapport de risque poolé pour le taux de complications spécifiques avec utilisation de listes de contrôle



2. Observance

Quinze études sur le taux d'observance lors de l'utilisation de listes de contrôle ou de protocoles montrent que ce paramètre se situe globalement entre 12 et 100% (moyenne: 75%) et que, pour l'étape «Team time out» spécifiquement, il fluctue entre 70 et 100% (moyenne: 91%).

| Etude | Liste de contrôle utilisée | Observance après introduction de la liste de contrôle |
|----------------------|--|---|
| Altpeter et al. 2007 | Universal Protocol | Time Out: 99% Pour les six composantes: 23% à 100% |
| Blanco et al. 2009 | Universal Protocol | Time Out: 95% |
| de Vries et al. 2010 | Liste de contrôle SURPASS | Réponse à toutes les rubriques de la liste de contrôle: 80% (69 à 91%) |
| de Vries et al. 2009 | Liste de contrôle SURPASS | Réponse aux rubriques de la liste «le plus souvent» ou «toujours»: 95% |
| de Vries et al. 2010 | Liste de contrôle SURPASS | 81.4% |
| Johnston et al. 2009 | Liste de contrôle de l'OMS | Observance du marquage du site opératoire: 70% (auxquels s'ajoutent 23% durant le Team time out) Team time out <ul style="list-style-type: none"> • 70% avant l'incision • 19% après l'incision |
| Lyons 2010 | Nouveau protocole se fondant sur le Universal Protocols et sur la liste de contrôle de l'OMS | Observance globale: 99,5% |
| Mody et al. 2008 | Universal Protocol | Application de mesures de prévention en vue d'éviter les erreurs de niveau d'intervention: Toujours: 20 à 98%; le plus souvent: 2 à 23%; occasionnellement: 0 à 15%; jamais: 0 à 61% |
| Sewell et al. 2010 | Liste de contrôle de l'OMS | 7,9% avant formation → 96,9% après formation |
| Spence et al. 2011 | Liste de contrôle de l'OMS | 12,3 à 86% (avec les rubriques recommandées par l'OMS) <ul style="list-style-type: none"> • Identification préopératoire du patient: 85 à 100% • Confirmation du côté à opérer: 70 à 100% • Team time out préopératoire: 72 à 100% |
| Vats et al. 2010 | Liste de contrôle de l'OMS | 42 à 80% |
| Weiser et al. 2010 | Liste de contrôle de l'OMS | 51% |

Tableau 1: Observance de la liste de contrôle chirurgicale

3. Facteurs de succès

Cinq études ont examiné les facteurs et l'attitude d'équipe favorisant la mise en œuvre des listes de contrôle ou des protocoles, sur les plans quantitatif et qualitatif. Selon leurs résultats, le succès de ces instruments passe par l'adhésion des membres de l'équipe. Celle-ci est d'autant plus grande que la liste est élaborée dans une approche interdisciplinaire et que l'ensemble du personnel concerné est inclus dans le processus de mise au point.

Trois autres aspects jouent un rôle important:

a) La composition de la liste, ses rubriques et son intégration au sein de l'hôpital.
Les listes de contrôle ne sont efficaces que dans la mesure où:

- elles ne contiennent pas de rubriques superflues,
- les points couvrent des situations de risques réelles, et
- elles s'appuient sur des preuves scientifiques.

Le mode d'intégration des listes varie fortement d'un établissement à l'autre. Dans certains d'entre eux, il est utile de les insérer dans le système existant ou de les adapter au déroulement du traitement.

b) La communication sur les raisons d'être de la liste de contrôle et sur la procédure choisie pour la mettre en œuvre:

Raisons d'être (exemples):

- apporter des motifs solides et mettre en évidence l'utilité de la liste afin de remporter l'adhésion de l'équipe;
- souligner le rôle particulier et la responsabilité de chaque membre de l'équipe pour la sécurité des patients.

Procédure de mise en œuvre (exemples):

- mise en œuvre au sein de l'établissement: assurer un soutien à long terme, organiser des formations ainsi qu'un coaching et garantir un feedback rapide;
- utilisation pratique durant l'intervention: lire à voix haute les éléments de la liste plutôt que les citer de mémoire, ou demander à chaque membre de l'équipe d'exprimer ses préoccupations.

c) Intégration du patient dans le processus de sécurité et information sur l'application de la liste (cf. aussi chap. 6.1, p. 33). Il est important de communiquer au patient:

- que les questions qui lui sont posées sur son identité ne reflètent pas un manque de professionnalisme de l'équipe;
- qu'il est invité à observer d'un œil critique les diverses étapes du processus;
- qu'il peut contribuer à sa propre sécurité.

Conclusions

Notre revue de la littérature scientifique est la première à prendre en considération les trois listes de contrôle – à savoir le Universal Protocol, la liste de contrôle de l'OMS et l'instrument SURPASS. Elle démontre que la liste de l'OMS et l'instrument SURPASS contribuent à réduire la mortalité et la morbidité et que leur utilisation a un effet comparable en termes de baisse des taux de mortalité et de complications. Le manque de résultats pour le Universal Protocol laisse à penser que cet outil est trop restreint pour avoir un effet sensible sur ces deux critères. Tandis que le succès de la liste de l'OMS a d'ores et déjà été constaté dans de nombreux systèmes sanitaires et établissements, l'efficacité de l'instrument SURPASS n'a été examinée qu'aux Pays Bas. Il convient donc d'en vérifier la transmissibilité à d'autres pays et à d'autres institutions. Etant donné qu'elle couvre l'ensemble des processus hospitaliers, de l'admission du patient à sa sortie de l'hôpital, sa mise en œuvre exige de multiples changements ainsi que l'engagement sans faille de l'ensemble du personnel au sein des établissements. La liste de l'OMS se limite en revanche aux procédures se déroulant immédiatement avant l'intervention, durant celle-ci et tout de suite après. D'une façon générale, on peut conclure qu'une large adhésion du personnel hospitalier et l'adaptation des listes au contexte spécifique de chaque établissement sont des éléments essentiels pour réussir leur mise en œuvre.

La publication papier originale de cette revue systématique de la littérature scientifique dans la revue «Annals of Surgery» est jointe au présent document (2).



6 | Vérifications essentielles pour
la sécurité et liste de contrôle
«Sécurité chirurgicale»

6 | Vérifications essentielles pour la sécurité et liste de contrôle «Sécurité chirurgicale»

6 | 1 | Utilisation d'une liste de contrôle: aspects centraux

L'intérêt des listes de contrôle

Les listes de contrôle servent à sécuriser des processus. Elles doivent être employées de manière ciblée et ne conviennent pas dans toutes les situations. Leur application est privilégiée lorsque les risques sont élevés et que des contrôles doivent être effectués régulièrement et systématiquement, lorsque la standardisation qu'elles apportent représente une aide réelle dans un environnement complexe et qu'elles augmentent ainsi de façon significative la sécurité des processus. Ces conditions sont de toute évidence réunies dans le domaine opératoire et l'efficacité des listes de contrôle au bloc opératoire a été démontrée au plan international. A condition d'être bien employée, une liste de contrôle est à la fois une ressource et un élément du processus. Sa fonction première n'est pas de fournir un soutien à la décision clinique, mais d'être un aide-mémoire facilitant le travail. Ce sont précisément les choses et les actions qui semblent aller de soi qui sont souvent omises. Les listes de contrôle permettent d'éviter les oublis. Elles assurent également une communication clairement structurée, constructive et centrée sur l'essentiel (36-39), ce qui améliore le flux d'informations, accroît l'efficacité de l'équipe et augmente la sécurité des patients (40;41). Les professionnels peuvent se concentrer sur les questions complexes qui nécessitent leur savoir-faire spécifique et consacrer davantage d'attention aux informations indispensables pour une anticipation correcte des risques. «Une liste de contrôle n'est pas un bout de papier, ni même un inventaire, c'est une intervention qui, si elle est bien menée, peut avoir des effets sur les relations entre les professions et les hiérarchies et sur le fonctionnement général de l'équipe, voire sur les valeurs et la culture de la sécurité de ses membres» (42).

L'art de se concentrer sur l'essentiel

Organiser la sécurité, c'est se concentrer sur l'essentiel. Car assurer et organiser méthodiquement l'essentiel est plus efficace pour garantir la sécurité que

de vouloir contrôler en détails tous les possibles. Une trop grande différenciation rend l'instrument confus et illisible, complique son utilisation et son appropriation par le personnel et nuit en fin de compte à son observance et à son efficacité (43). L'application conséquente de quelques mesures de sécurité essentielles peut déjà s'avérer une tâche très exigeante dans une organisation complexe. D'autant que, parallèlement à la mise en œuvre systématique des mesures de sécurité, les intervenants doivent rester attentifs à tout changement ou toute situation imprévue. Les vérifications recommandées ne couvrent donc pas toutes les éventualités ou les risques possibles, mais uniquement les plus importants selon l'état actuel des connaissances. Des compléments ou des adaptations peuvent naturellement être envisagés en fonction des conditions locales et de la spécialité concernée, en veillant toutefois à s'en tenir à l'essentiel et à n'ajouter que les points insuffisamment couverts par les instruments de sécurité existants. Sans oublier que les contrôles à effectuer doivent pouvoir être intégrés dans le travail quotidien au bloc opératoire.

La redondance au cœur de la culture de la sécurité

Comme l'indique le présent document, de nombreux éléments doivent être vérifiés à plusieurs reprises – et à chaque fois avec le même soin. Cette exigence répond à un principe fondamental de la gestion des risques et de la sécurité. Les établissements de santé sont des organisations spécialement complexes comptant une multitude d'interfaces, d'intervenants, d'unités organisationnelles et de situations de communication. Toute transmission de données, tout transfert de personne ou de matériel, etc. renferme des risques (erreurs, communication incorrecte, perte d'information). L'imprévu et l'imprévisible font partie du quotidien des établissements sanitaires, qui sont donc particulièrement exposés au risque d'erreur. Pour cette raison, le contrôle redondant des aspects importants pour la sécurité dans des phases décisives y constitue un élément central de la culture de la sécurité.

L'information du patient, acteur de sa sécurité

«Ces dernières années ont vu apparaître un nombre croissant d'initiatives visant à intégrer activement les patients dans les stratégies de prévention des incidents suite au constat qu'ils observent souvent avec attention le processus de soins et remarquent les écarts par rapport à la procédure prévue, qu'ils sont les seuls à participer au processus de A à Z et qu'ils possèdent par conséquent des informations contextuelles importantes pour la sécurité.» (44).

Une telle participation suppose un environnement professionnel dans lequel le rôle actif des patients est explicitement souhaité, apprécié et encouragé.

Il est également très important de présenter au patient les mesures de sécurité systématiques et leur raison d'être, dans l'idéal dès l'entretien d'information, ce qui lui permettra de comprendre pourquoi il lui est demandé à plusieurs reprises de décliner son identité et de confirmer le type d'intervention prévu et le site opératoire et d'accepter ces contrôles. Cette information favorise une attitude positive à la fois face à l'institution – le patient voit qu'elle accorde une place importante à sa sécurité personnelle – et par rapport aux mesures de sécurité nécessaires. Elle donne au patient les capacités et la motivation requises pour appréhender et assumer le rôle qu'il a à jouer dans les processus de sécurité, communiquer ses observations, mettre le doigt sur ce qui n'est pas clair et contribuer ainsi à ce que des erreurs puissent être détectées à temps et évitées.

Une information complète constitue par conséquent une base importante pour la sécurité des patients. Sa portée ne doit pas être sous-estimée. Elle est la marque d'une culture de la sécurité professionnelle – et non des incertitudes d'une institution.

Il convient toutefois de rappeler clairement que la responsabilité de la sécurité des soins incombe toujours aux fournisseurs de prestations et non au patient.

La Fondation pour la Sécurité des Patients met à la disposition des établissements de santé intéressés la brochure «Éviter les erreurs – avec votre aide». Destinée aux patients, elle contient des recommandations concrètes sur la manière dont ils peuvent contribuer à leur propre sécurité.⁵ Elaborées en coopération avec de nombreux experts et patients, celles-ci reposent sur des connaissances scientifiques, sont axées sur la pratique et se caractérisent par leur proximité avec le quotidien (45-47). La brochure, qui contient un cha-

pitre consacré aux opérations, a pour objectif d'encourager les patients à participer à la prévention des erreurs et à contribuer à leur sécurité en leur montrant ce qu'ils peuvent faire concrètement et les aspects auxquels ils peuvent prêter attention durant leur séjour à l'hôpital. Elle est remise aux patients par les institutions.

La brochure «speak up» de la Joint Commission est un autre exemple d'information aux patients (48). Conçue spécialement pour les personnes devant subir une intervention chirurgicale, elle vise à leur fournir les renseignements nécessaires pour qu'elles puissent participer à leur traitement.

⁵ www.securitedespatients.ch

6 | 2 | Vérifications à effectuer durant la phase préopératoire

de la décision d'intervention à l'entrée au bloc opératoire

6 | 2 | 1 | Remarques préliminaires

Plusieurs des points figurant sur la liste de contrôle pour la phase B doivent être clarifiés, contrôlés ou sécurisés avant l'intervention proprement dite. Le présent chapitre expose par conséquent les vérifications préalables à effectuer durant la phase A de manière à ce que les contrôles prévus pour les phases B1 (Sign in), B2 (Team time out) et, en partie, B3 (Sign out) puissent être accomplis sans que surviennent des problèmes particuliers (cf. ill. 1, p. 22). Toute une série de démarches ou vérifications importantes pour la sécurité doivent en effet être réalisées en amont durant la phase préopératoire. Sachant que l'organisation détaillée des processus et des structures dépend beaucoup, à ce stade, des conditions locales et de la spécialité concernée, nous ne fournissons volontairement pas de liste de contrôle pour la phase A, mais décrivons de manière générale les vérifications essentielles pour la sécurité. Il appartient à chaque institution de déterminer quand et où les intégrer dans ses processus en fonction de ses spécificités. Les différents groupes professionnels impliqués devront bien entendu procéder à d'autres contrôles (patient à jeun, piercings, alliances ou implants) pour garantir la sécurité. Les vérifications relatives à la phase préopératoire que nous présentons dans ce chapitre peuvent être ajoutées à des listes existantes. Dans tous les cas, il importe de veiller à ce qu'elles soient bien ancrées dans les processus locaux, que les responsabilités et les types d'actions soient définis avec précision et que les instruments utiles dans le contexte local (p. ex. propres listes de contrôle et règles de procédure claires) soient appliqués.

Structure thématique

Les vérifications à effectuer durant la phase préopératoire sont structurées comme suit au plan thématique:

1. Prévention des erreurs de site opératoire
 - a. Identité du patient, type d'intervention, site opératoire
 - b. Marquage du site opératoire

2. Information donnée au patient et recueil de son consentement
3. Planification et organisation de l'intervention
 - a. Evaluation des risques
 - b. Documents, appareils et matériel
 - c. Prescriptions pour la phase opératoire

Les explications fournies pour chacun de ces thèmes sont réparties en différentes rubriques:

- Quoi (contenu/action)
- Pourquoi (motifs, raison d'être de l'action)
- Quand (moment de l'action dans le processus de traitement)
- Qui (personnes, avec indication de la fonction requise)
- Où (lieu de l'action)
- Comment (procédure concrète)
- Nota bene (remarques particulières)
- Contexte suisse
- Options (autres possibilités, exemples de mise en œuvre)
- FAQ et informations complémentaires
- En savoir plus

Un résumé des thèmes abordés figure au début de chaque chapitre.

L'essentiel en bref

But

A chaque consultation, examen, transmission ou transfert, des erreurs ou des malentendus peuvent se produire. S'ils ne sont pas reconnus à temps, ils peuvent être à l'origine de graves incidents (l'équipe se trompe de patient, de site opératoire ou d'intervention), mais aussi occasionner des communications erronées ou entraîner des retards. C'est pourquoi les informations visées doivent être vérifiées plusieurs fois. Quant au marquage du site opératoire, il constitue une mesure de prévention supplémentaire.

a | Identité du patient, type d'intervention et site opératoire

Quoi/Comment

Vérifier l'identité du patient, le type d'intervention et le site opératoire en interrogeant le patient et en comparant les informations avec le dossier

Quand/Où

A chaque consultation ou examen organisé en vue de l'intervention durant la phase préopératoire, en mode ambulatoire ou hospitalier selon l'organisation du processus

Qui

Opérateur ou médecin responsable du cas et pleinement informé, anesthésiste (si une anesthésie est prévue) et infirmière chargée de l'anamnèse infirmière

b | Marquage du site opératoire

Quoi/Comment

- Vérifier l'identité du patient, le type d'intervention et le site opératoire en interrogeant le patient et en comparant les informations avec le dossier
- Avec la participation du patient, marquer le site opératoire au feutre indélébile en utilisant un signe clair (p. ex. une flèche)
- Si plusieurs sites opératoires: les marquer tous (mais uniquement les sites opératoires)

Quand/Où

En dehors de la salle d'opération, lorsque le patient est éveillé

Qui

L'opérateur assume la responsabilité finale du marquage.



Elucider immédiatement toute discordance

a | Identité du patient, type d'intervention et site opératoire

Quoi

Le patient est invité à décliner son identité, à nommer l'intervention et à montrer le site opératoire. Chacune de ces informations est immédiatement vérifiée dossier à l'appui.

Pourquoi

A chaque consultation, examen, transmission ou transfert, des erreurs ou des malentendus peuvent se produire. S'ils ne sont pas reconnus à temps, ils peuvent être à l'origine de graves incidents (l'équipe se trompe de patient, de site opératoire ou d'intervention), mais aussi entraîner des retards. C'est pourquoi les informations visées doivent être vérifiées plusieurs fois.

Quand

Les vérifications sont effectuées à chaque consultation ou examen organisé en vue de l'intervention durant la phase préopératoire (lors de l'entretien d'information, de la planification de l'intervention, de l'entretien d'admission dans l'unité ou dans le bloc opératoire). Elles sont répétées à chaque fois qu'une autre personne ou une autre unité d'organisation prend la responsabilité du traitement du patient.

Qui

Les vérifications sont effectuées par l'opérateur ou par le médecin responsable du cas et pleinement informé, par l'anesthésiste (si une anesthésie est prévue) et par l'infirmière chargée de l'anamnèse infirmière.

Où

En mode ambulatoire ou hospitalier, en fonction de l'organisation du processus.

Comment

Les informations sont vérifiées en interrogeant le patient dès lors qu'il est capable de répondre et en utilisant, le cas échéant, le bracelet d'identification ou tout autre système d'identification technique employé par l'établissement. Dans la mesure du possible, le principe des «quatre yeux» doit également être appliqué, par exemple en prévoyant que l'infirmière

et le médecin vérifient tour à tour les informations nécessaires auprès du patient au moment de son admission dans l'unité.

Identité du patient: interroger le patient! Il s'agit de poser des questions ouvertes auxquelles il doit donner une réponse complète, par exemple «Comment vous appelez-vous?» ou «Pourriez-vous m'indiquer votre nom, votre prénom et votre date de naissance?» ou, si le patient est connu, «Monsieur Müller, pourriez-vous m'indiquer votre prénom et votre date de naissance?» Selon les recommandations de l'OMS, deux critères d'identification indépendants sont nécessaires. Il faut expressément éviter les questions fermées auxquelles la personne ne peut répondre que par «oui» ou par «non» (cf. la rubrique FAQ de ce chapitre).

Les informations fournies par le patient sont vérifiées à l'aide du dossier (documents de référence tels que dossier médical, programme opératoire, feuille d'anesthésie) et en les comparant avec l'inscription sur le bracelet du patient, si ce système est employé dans l'établissement.

Type d'intervention: cet élément est confirmé durant l'entretien avec le patient et la concordance avec le dossier est vérifiée.

Site opératoire: demander au patient de nommer le site opératoire et de montrer l'endroit. Si nécessaire, faire appel aux proches, en particulier lorsque l'intervention concerne un enfant ou un patient qui n'a pas toute sa capacité de discernement. Là encore, la concordance avec le dossier est vérifiée.

Nota bene

Conditions pour la vérification de la concordance avec le dossier

La personne chargée de vérifier les informations fournies par le patient en les comparant avec le dossier doit savoir quels documents sont considérés comme des références fiables. Dans l'idéal, ces documents de référence doivent être définis de manière uniforme pour tout l'établissement (et non au niveau des divisions/départements). Il convient également de déterminer qui documente quoi, où et comment.

Information du patient

Pour que le patient comprenne pourquoi il est amené à répondre plusieurs fois aux mêmes questions po-

sées par différentes personnes et accepte ces contrôles répétés, il doit avoir été informé au préalable du sens de cette mesure et de son utilité pour sa sécurité (cf. chap. 6.1, p. 26 ss).

Que faire en cas de discordance?

Les données qui ne concordent pas ne doivent en aucun cas être ignorées. Une clarification immédiate est nécessaire. S'il est impossible de résoudre le problème, l'opérateur doit être appelé afin de définir la marche à suivre.

Options et exemples de mise en œuvre

Que faut-il vérifier et comparer?

Souvent, les collaborateurs compétents ne savent pas clairement ce qu'ils doivent vérifier et comparer, ni comment procéder concrètement. De par sa structure et sa mise en page, un liste de contrôle peut leur servir de fil conducteur. L'extrait ci-dessous montre com-

ment la personne est guidée, étape par étape, dans la vérification de l'identité du patient (cf. ill. 4).

FAQ et informations complémentaires

Que faire si un patient refuse de répondre aux questions?

Si un patient ne veut pas participer en dépit des explications qui lui ont été données, son refus, de même que l'information transmise, doivent être documentés. L'identité du patient devra alors être vérifiée avec un soin tout particulier, puisqu'il faudra s'appuyer uniquement sur le dossier, l'imagerie médicale, etc.

Pourquoi faut-il demander également la date de naissance?

En Suisse, il est tout à fait possible que des patients portant les mêmes noms et prénoms soient hospitalisés dans le même établissement, voire dans la même unité et la même chambre. Pour cette raison, la date

Contrôle de l'identité par l'infirmière

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------|
| Identité déclarée par le patient* | Bracelet d'identification (porté par le patient) | <input type="checkbox"/> | Infirmière |
| | Dossier patient | <input type="checkbox"/> | |
| | Programme opératoire du jour | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Initiales huissier |

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, appeler l'infirmière responsable d'unité

* Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le programme.

ill. 4: Extrait de la check-list utilisée dans le service d'ophtalmologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (exemple d'application)

de naissance est demandée en plus du nom et du prénom, ce qui permet de vérifier un critère d'identification indépendant supplémentaire.

Pourquoi faut-il poser uniquement des questions ouvertes?

Les questions ouvertes permettent d'éviter les erreurs pouvant être provoquées par des questions fermées. Il est peu probable qu'un patient donne un faux nom ou une date de naissance incorrecte. En revanche, il est beaucoup plus fréquent, l'expérience le prouve, qu'il réponde par oui ou par non sans avoir vraiment écouté la question ou compris ce qui lui était demandé. Il arrive aussi que des patients répondent «oui» à une question à laquelle ils devaient dire «non» même s'ils ont compris la demande (p. ex. concernant leur nom). Des erreurs peuvent survenir en particulier avec les patients ayant des difficultés d'audition, les personnes que la situation déconcentre, des patients au caractère trop confiant ou soumis ou présentant une faiblesse d'attention.

Pourquoi le patient doit-il montrer le site opératoire?

Les réponses verbales «à droite» ou «à gauche» peuvent porter à confusion, notamment du fait que le patient et le médecin se font généralement face, comme un miroir. De plus, de nombreuses personnes (y compris des médecins et des soignants) ont tendance à confondre la gauche et la droite (comme d'autres confondent le rouge et le vert). Les patients ne doivent donc pas uniquement donner une réponse verbale, mais désigner le site. Chez les enfants en particulier, ce principe doit être observé strictement en demandant à l'enfant (si possible) et à ses proches de montrer du doigt l'endroit à opérer.

Comment interroger des enfants ou des patients de langue étrangère, des patients inconscients, assistés, atteints d'un handicap mental ou de démence?

Il n'est pas possible de poser les questions requises à ces catégories de personnes, car elles ne peuvent pas y répondre ou ne sont pas en mesure de fournir des renseignements précis. Dans ces situations, il faut faire appel aux proches, aux personnes qui assistent le patient ou à un interprète. Il convient dans tous les cas de vérifier la concordance des données avec le dossier du patient ou au moyen de systèmes d'identification appropriés.

Faut-il interroger le patient même s'il existe un système d'identification technique?

Oui. Ces systèmes sont appelés à prendre une place importante et à devenir la norme (systèmes d'identification informatisés intégrés dans les systèmes d'informations cliniques, p. ex. bracelet, code-barres à scanner ou identification par radiofréquence - RFID). Bien conçus, ils représentent l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir les erreurs. Lorsqu'un tel système est disponible, il sera employé en priorité pour contrôler l'identité et la concordance avec le dossier, l'imagerie médicale, les résultats, le matériel, etc. Pourtant, une vérification orale supplémentaire reste indiquée. Les moyens techniques sont là pour soutenir le processus d'identification, mais ne le remplacent pas toujours entièrement. Même avec un bon système, des erreurs peuvent se produire. La responsabilité de l'identification du patient incombe toujours aux intervenants. Par ailleurs, la communication orale participe d'une approche respectueuse des patients, un point à ne pas négliger dans un environnement technicisé.

b | Marquage du site opératoire

Quoi

Avant tout marquage, l'identité du patient, le type d'intervention et le site opératoire doivent avoir été vérifiés avec la participation du patient et, le cas échéant, de ses proches. Ces informations doivent avoir été comparées avec le dossier.

Marquage: le site opératoire est marqué sur la peau du patient à l'aide d'un signe clair (p. ex. une flèche), en employant un feutre indélébile bien toléré par la peau. Si plusieurs sites sont prévus, ils doivent tous être marqués.

Pourquoi

Même si elles restent relativement rares, les erreurs de site opératoire sont une réalité et comptent parmi les erreurs de traitement les plus dramatiques qui soient. Elles peuvent concerner le mauvais côté («side»), mais aussi, plus généralement, le mauvais site (p. ex. doigt, étage vertébral, organe). Le marquage correct et le contrôle répété de son exactitude ainsi que la vérification de la concordance avec le dossier constituent une mesure de sécurité essentielle

et volontairement redondante. Le marquage est un garde-fou élémentaire complétant la vérification de l'identité, du type d'intervention et du site opératoire. De nombreuses personnes (des patients, mais aussi des médecins et des soignants) ont en effet des difficultés à reconnaître la gauche et la droite (comme d'autres confondent le rouge et le vert). Le marquage du site opératoire avec la participation du patient permet d'éviter des erreurs lors du processus en cours. Il doit être la règle!

Quand

Cet acte est effectué en dehors de la salle d'opération et avant la prémédication, sur le patient encore éveillé afin qu'il puisse participer au processus d'identification et au marquage. Il est recommandé de procéder au marquage la veille ou le matin de l'intervention de sorte qu'il reste visible jusqu'à l'opération.

Qui

Nous recommandons que le marquage soit effectué par l'opérateur, car celui-ci assume la responsabilité de l'intervention et connaît précisément le mode opératoire prévu. Cette mesure de sécurité doit toutefois être organisée de manière que le marquage correct soit aussi garanti lorsque l'opérateur et le patient ne se connaissent pas (la sécurité ne doit pas dépendre uniquement du fait qu'ils se connaissent personnellement) ou lorsque l'opérateur n'est pas en mesure d'y procéder. Selon l'organisation du processus au sein de l'établissement, il peut être indiqué de déléguer cette tâche à un autre médecin. Ce dernier doit disposer de toutes les informations requises concernant le patient et l'intervention planifiée. Dans la mesure du possible, la personne qui a réalisé le marquage devrait être présente lors de l'opération.

La responsabilité finale du marquage incombe à l'opérateur.

Où

Le marquage est effectué en mode ambulatoire ou hospitalier, en fonction des processus locaux.

Comment

L'endroit du corps où l'intervention doit s'effectuer est marqué au moyen d'un feutre indélébile. Le patient est associé activement à cette démarche. Il ne doit pas uniquement donner une réponse verbale, mais désigner le site. Chez les enfants en particulier,

ce principe doit être observé strictement en demandant à l'enfant (si possible) et à ses proches de montrer du doigt l'endroit à opérer.

Le site opératoire doit être marqué même lorsque le site de l'incision paraît évident de par la nature de l'intervention. Le marquage est effectué directement sur la peau du patient et ne doit pas être effacé jusqu'à l'opération. Il doit rester visible après la préparation de la peau et la mise en place des champs opératoires, etc. Ne pas utiliser d'étiquettes autocollantes qui risquent plus facilement de disparaître avant l'intervention.

Nota bene

Signes utilisés pour le marquage

Chaque établissement doit s'accorder sur l'utilisation d'un signe défini, qui sera employé sans exception par tous les médecins responsables (p. ex. une flèche ou les initiales de l'opérateur). Il est déconseillé d'utiliser une croix, car elle est susceptible d'être interprétée comme symbole du message «pas ici». On renoncera également par principe à l'inscription de mots (p. ex. «oui» ou «non») afin d'éviter tout malentendu.

Seul l'endroit du corps où doit avoir lieu l'intervention est marqué. Le marquage doit indiquer le site avec précision (p. ex. le doigt à opérer et non le dos de la main). Aucun marquage n'est apposé sur les parties controlatérales du corps ou en d'autres endroits si aucune intervention ne doit y être pratiquée. En cas de sites d'intervention multiples, chacun d'eux est marqué individuellement. Une clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main utilise la méthode suivante lorsqu'il y a plusieurs sites opératoires: elle les numérote de manière à mettre en évidence le nombre total de sites (1/3, 2/3, 3/3).

Information du patient

Les patients doivent être informés suffisamment tôt (soit dès l'entretien d'information) que le site opératoire sera marqué à l'aide d'un feutre indélébile pour des raisons de sécurité, afin qu'ils soient préparés à cette mesure et sachent pourquoi elle est appliquée. Ils doivent également avoir été avertis que l'intervention ne peut pas être effectuée en l'absence de marquage (cf. chap. 6.1, p. 33).

Elucider immédiatement toute discordance

Les discordances ne doivent en aucun cas être ignorées. Une clarification immédiate est nécessaire.

Dans certaines situations, il faut accepter un retard dans le processus dans l'intérêt de la sécurité.

Marquage par le patient

Même si quelques institutions autorisent le marquage par le patient lui-même, nous déconseillons cette méthode, car son exactitude ne peut pas être garantie. De plus, il n'est pas admissible de faire porter au patient la responsabilité du marquage.

Contexte suisse

La Suisse ne connaît pas de règles unifiées concernant le marquage. Chaque institution est appelée à appliquer une directive uniforme et précise qui soit valable dans tout l'établissement.

FAQ et informations complémentaires

Quels feutres peuvent être utilisés pour le marquage?

Le marquage doit s'effectuer au moyen d'un feutre indélébile pour qu'il reste visible jusqu'à l'intervention. Des marqueurs sont disponibles auprès de divers fournisseurs d'articles de bureau (p. ex. Edding 8300⁶ ou Sanford Deluxe Permanent Marker). Il convient de s'assurer dans tous les cas que les feutres utilisés ne contiennent pas de substances toxiques.

Les feutres employés pour un marquage peuvent-ils être réutilisés?

Dans la littérature internationale, il n'existe aucune évidence de risque d'infection dû au marquage. Cullan et al., tout comme Cronen, n'ont pas constaté de tel danger dans leurs études (49;50). Le risque d'infection est du reste peu probable dès lors que le site opératoire est désinfecté après le marquage. Lorsque la désinfection est effectuée à l'aide de solutions non alcooliques, les marques inscrites au feutre résistant à l'eau ne s'effacent pas. Si, exceptionnellement, le marquage est réalisé après la désinfection, un feutre neuf doit être utilisé et désinfecté après emploi. Enfin, si le marquage concerne des patients porteurs de maladies contagieuses ou des parties du

corps potentiellement infectées, il existe un risque de transmission de germes par le feutre. Celui-ci ne peut pas être réutilisé chez un autre patient et doit être éliminé.

Dans quels cas le marquage n'est-il pas possible ou pas indiqué?

Le marquage n'est pas possible pour certains types d'interventions, notamment pour celles qui touchent les dents, les muqueuses ou des parties du corps porteuses de lésions, difficiles d'accès ou difficiles à marquer. C'est aussi le cas d'interventions sur le visage en chirurgie esthétique et de situations d'urgence. En outre, le marquage n'est pas indiqué pour les endoscopies, les laparoscopies⁷ et certaines interventions neurochirurgicales ou présentant un caractère invasif minimal. Il va de soi que le marquage n'a pas sa place en cas d'intervention urgente pour sauver une vie, où «chaque seconde compte». Pour les cas où le site opératoire doit être précisé en cours d'opération, il est préférable d'opter pour des techniques et des marqueurs radiographiques. Un processus en deux étapes est alors envisageable: le marquage du site avant l'intervention, puis durant l'opération. Il convient en outre de renoncer au marquage pour certaines catégories de patients, à savoir les prématurés (risque de tatouage par le feutre en raison de la constitution de leur peau) et les personnes à la peau très foncée (marquage non visible). Le marquage n'est pas indispensable pour les interventions réalisées dans la chambre du patient au cours desquelles l'opérateur reste à son chevet. Toutefois, s'il s'agit d'interventions pendant lesquelles il doit quitter la chambre pour une raison quelconque, le site doit être marqué avant le début de l'opération.

Nous recommandons aux institutions d'établir une liste des situations dans lesquelles le marquage n'est pas possible ou pas indiqué et de définir une procédure de sécurité alternative (p. ex. comparaison avec le dossier du patient, imagerie médicale, marquage de radiographies, utilisation de systèmes d'identification des patients appropriés). Les cas dans lesquels le marquage n'a pas été possible ou a été réalisé à l'aide d'une procédure de sécurité alternative doivent être documentés.

Que faire si un patient refuse le marquage?

Si, en dépit des explications fournies, un patient n'accepte pas le marquage, il convient de documenter son

⁶ Ce modèle a fait ses preuves dans plusieurs institutions en Suisse.

⁷ Le marquage externe est difficile en cas d'intervention endoscopique sur la cavité abdominale. Les trois trous requis ne peuvent pas toujours être déterminés à l'avance.

refus et le fait qu'il a reçu une information complète. L'exactitude de l'intervention doit alors être vérifiée au moyen de la communication orale et de la documentation écrite, du dossier du patient, de l'imagerie médicale et des autres contrôles de sécurité.

En savoir plus

- Giles SJ et al. Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK. *Quality and Safety in Health Care* 2006;15:363-8.
- Karkhanis S, Muddu B, Bari M. Preoperative limb marking and verification checklist: a compliance issue?, *Quality Safety in Health Care* 2009;18:60.
- Stahel PF, Sabel AL, Victoroff MS, et al. Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences. *Arch Surg.* 2010;145:978-84.

6 | 2 | 3 Information donnée au patient et recueil de son consentement

L'essentiel en bref

But

Une information complète donnée à temps au patient et documentée est nécessaire pour que son consentement soit juridiquement valable. Dans l'idéal, il s'agit de recueillir son consentement par écrit, en indiquant sur ce document les informations qui lui ont été transmises. En Suisse, cette obligation n'est toutefois pas inscrite dans la loi. Le fait d'informer le patient en temps utile et de manière exhaustive participe également à la sécurité: ce n'est qu'en étant bien informé qu'un patient peut contribuer à sa sécurité et être associé activement à ce processus.

Quoi

- Informer à temps le patient, en abordant les aspects relatifs à l'intervention, mais aussi ceux liés à la sécurité, tels que le marquage et le contrôle répété de l'identité
- Documenter l'information donnée dans le dossier du patient et/ou y insérer son consentement écrit

Quand/Où

- Dans la mesure du possible, planifier cette étape suffisamment tôt dans la phase préopératoire pour que le patient ait le temps de réfléchir aux informations reçues
- Choisir un lieu tranquille
- Vérifier au plus tard la veille de l'intervention que l'information donnée au patient a bien été documentée

Qui

- Lorsque plusieurs médecins de différentes spécialités coopèrent: chacun fournit les informations relatives à sa contribution au traitement (opérateur et éventuellement anesthésiste)
- Vérification de l'information donnée au patient: infirmière ou responsables de la planification opératoire

Comment

- Pas de forme particulière prescrite en droit pour l'obligation d'informer
- Plusieurs formes et combinaisons possibles: par oral uniquement ou également par écrit (éventuellement à l'aide de formulaires), en une fois ou en plusieurs étapes

Quoi

Dans le cadre d'un entretien respectant les exigences prescrites, le patient reçoit des informations sur l'intervention et, le cas échéant, sur l'anesthésie. Dans l'idéal, il s'agit de recueillir son consentement écrit, en indiquant sur ce document les renseignements qui ont été transmis. En Suisse, cette obligation n'est toutefois pas inscrite dans la loi. L'information donnée et le recueil du consentement sont consignés dans le dossier du patient.

Pourquoi

Le patient doit être pleinement informé pour pouvoir consentir à l'intervention (consentement éclairé) et assumer la responsabilité qui est la sienne. Cette démarche met en jeu des aspects liés au droit, mais aussi à la sécurité. Le volet juridique (questions de fond et de forme relatives à l'obligation d'informer, au consentement écrit, etc.) n'est pas directement traité dans le présent document. Pour plus de détails, se référer aux publications signalées dans la rubrique «En savoir plus» de ce chapitre.

Quant aux aspects liés à la sécurité, ils n'ont été que peu pris en compte à ce jour. Or, pour que le patient puisse contribuer activement à la détection et à la prévention des erreurs et, partant, à la sécurité de son traitement, il doit avoir été promu au rang de partenaire reconnu. «On peut partir du principe qu'une grande partie des patients sont prêts et motivés à s'engager pour leur sécurité, à condition qu'ils aient été incités et encouragés à le faire et qu'ils aient reçu et compris les informations nécessaires à cette fin» (44) (cf. chap. 6.1, p. 33).

Quand

Le consentement écrit n'est juridiquement valable que si le patient a été informé suffisamment à l'avance. L'information doit avoir lieu assez tôt pour qu'il dispose d'un délai de réflexion adapté à la gravité de l'intervention qui lui permette de mûrir sa décision, de poser des questions et d'en parler avec ses proches. Les entretiens d'information doivent donc être intégrés dans le processus de planification opératoire selon les modalités propres à chaque établissement. Les consultations préalables des différents groupes professionnels peuvent éventuellement être coordonnées à cette fin. Il est important de vérifier, au plus tard la veille de l'intervention, que

le patient a bien été informé et que ceci figure dans son dossier.

En cas d'urgence ou lorsque le patient est inconscient, l'information doit être donnée dès que possible.

Qui

Principe: lorsque plusieurs médecins de différentes spécialités coopèrent, chacun fournit les informations relatives à sa contribution au traitement. L'information concernant l'intervention est donnée par l'opérateur⁸ et celle portant sur l'anesthésie par l'anesthésiste.

L'un et l'autre peuvent déléguer cette tâche à un médecin disposant de toutes les données requises, en fonction de ses compétences, mais devraient avoir parlé en personne au patient avant l'intervention (51).

Il convient de désigner une personne – la mieux placée selon l'organisation du processus dans l'établissement – chargée de vérifier la veille de l'opération que l'information donnée au patient a bien été documentée (p. ex. infirmière ou responsables de la planification opératoire).

Où

L'entretien d'information devrait être organisé dans un lieu tranquille.

Comment

Il n'y a pas de forme particulière prescrite en droit pour l'obligation d'informer le patient. Plusieurs possibilités sont offertes:

- par oral, ce qui permet au patient de poser des questions,
- par écrit à titre complémentaire, en utilisant des documents tels que formulaires, croquis ou systèmes d'information interactifs,
- lors d'un entretien unique ou en deux étapes (1^{re} étape: informations générales; 2^e étape: explications concernant l'intervention prévue) (52).

⁸ Il est toujours préférable que l'opérateur se charge d'informer le patient. Les modalités concrètes sont définies dans les processus/itinéraires cliniques en fonction de l'établissement et de la spécialité.

Pour faciliter la compréhension par le patient et ses proches lors d'un entretien d'information, il est recommandé

- de faire des dessins ou des croquis de l'intervention prévue;
- d'utiliser un langage compréhensible et adapté au patient;
- de laisser le patient formuler les informations en utilisant ses propres mots et
- de choisir la quantité d'informations et le moment de l'entretien de manière que le patient puisse entendre et assimiler l'essentiel.

Les documents écrits donnés en complément permettent aux patients de relire les informations chez eux à tête reposée.

«Les formulaires d'information devraient contenir une déclaration d'information et de consentement à faire signer au patient, dans laquelle celui-ci confirme, par sa signature, avoir pris connaissance du contenu du formulaire, avoir eu un entretien d'information avec le médecin et avoir obtenu réponse à toutes ses questions» (51). Lorsque l'information est donnée en deux étapes, le consentement est souvent recueilli par écrit en demandant au patient de signer une rubrique supplémentaire sur le formulaire d'information (53).

L'entretien d'information et son contenu doivent être documentés dans le dossier du patient.

Nota bene

Aborder les aspects relatifs à la sécurité lors de l'entretien d'information

L'entretien d'information est le moment idéal pour sensibiliser le patient aux mesures de sécurité, telles que le contrôle répété de l'identité, du type d'intervention et du site opératoire ainsi que le marquage et l'inviter à être un partenaire actif dans le processus de traitement. Les brochures d'information ad hoc peuvent également être remises au patient durant cet échange (cf. chap. 6.1, p. 32 s.).

Formulaires

Les formulaires d'information peuvent s'avérer utiles, à condition de se rappeler que la distribution d'un texte à lire (sans échange verbal) ne suffit pas. «Vu que [...] les formulaires ne remplissent pas à eux seuls les exigences relatives à une information concrète et personnalisée, un entretien doit toujours avoir lieu, au cours duquel sont abordés les aspects particuliers de l'intervention prévue pour le patient» (51). De plus, le fait d'utiliser des formulaires peut donner l'impression que seules les informations y figurant ont été communiquées. Or ces documents ne sont généralement ni complets ni exhaustifs. Il est important de documenter tous les renseignements qui ont été transmis. Nous conseillons aux institutions de définir, dans leur intérêt, une norme interne pour la politique d'information et la documentation des informations données aux patients.

FAQ et informations complémentaires

A qui donner l'information lorsque le patient n'est pas en mesure de la recevoir?

Au plan juridique, cette question est pour l'heure réglée différemment selon les cantons. A Zurich, la réglementation est la suivante: «Le destinataire de l'information est le patient, car lui seul peut consentir à l'intervention. Vu que le patient n'est pas toujours en mesure de donner lui-même son consentement, la question se pose de savoir qui peut, à sa place, prendre la décision d'accepter l'intervention. Lorsqu'un patient arrive inconscient aux urgences, l'intervention médicale peut être justifiée en vertu du principe du consentement présumé. Dans la mesure du possible, le médecin doit établir le consentement présumé du patient en interrogeant ses proches ou les personnes de référence» (51)⁹.

Que faire lorsqu'un patient refuse l'information?

Un patient a le droit de refuser l'information. «Le renoncement à une information complète peut être explicite ou implicite. Le seul silence, sans autres circonstances, ne saurait toutefois être interprété comme un renoncement dès lors que le devoir d'information du médecin n'est pas conditionné à une demande de la part du patient. Vu que le médecin est tenu de prouver le renoncement à l'information durant le processus, il est conseillé de faire signer au patient une déclaration de renoncement écrite et de consigner les motifs dans le dossier médical» (51).

⁹ Selon les informations communiquées en 2011 par le Prof. Olivier Guillod, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, ces aspects seront réglés à l'échelon national à partir de 2013, notamment dans le futur article 378 CC.

A quoi faut-il prêter attention en présence de patients de langue étrangère?

«Le médecin doit s'assurer que le patient de langue étrangère comprend les informations qui lui sont données.» (47). En cas de doute sur sa capacité à suivre l'entretien d'information, il convient de recourir à un interprète. Le choix de ce dernier est déterminant pour la qualité de la communication. Il peut s'agir d'un professionnel appartenant à un service d'interprétariat interne ou externe à l'hôpital, d'un collaborateur de langue étrangère ou – en l'absence de professionnels – d'un membre de la famille du patient. Après avoir analysé des études portant sur la qualité des prestations d'interprétariat à l'hôpital, l'Office fédéral de la santé publique parvient à la conclusion suivante: «Les services d'interprétariat professionnel représentent la méthode de prédilection pour des entretiens de qualité avec des patientes et patients de langue étrangère» (54). Les interprètes «de fortune» ne devraient donc être appelés qu'en second recours. Afin d'améliorer la qualité de l'interprétation par le personnel – médical et infirmier – de l'hôpital et d'en tirer un bénéfice maximal, les spécialistes recommandent de lui dispenser une formation adéquate. En ce qui concerne la participation de membres de la famille ou d'amis du patient, «les spécialistes déconseillent souvent catégoriquement de recourir aux proches et aux amis en qualité d'interprètes» (54). Cette position est notamment motivée par le manque d'intimité et de confidentialité de l'entretien médical, la partialité possible des proches et la charge émotionnelle que cela représente pour des enfants. Il n'est pas rare que de telles interventions débouchent sur des malentendus.

En savoir plus

Information du patient – Consentement éclairé

- Beppel A. Ärztliche Aufklärung in der Rechtsprechung. Die Entwicklung der Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Universitätsverlag Göttingen 2007.
- Bertschinger P. Informed Consent. Einverständniserklärungen vor invasiven gastroenterologischen, Untersuchungen in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung SÄZ 2002;83:13 603-5.
- Devaud C. L'information en droit médical. Genève 2009.
- Jossen R. Ausgewählte Fragen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten beim medizinischen Heileingriff. Bern 2009.
- Kön D. Comment documenter le recueil du consentement éclairé?. Responsabilité médicale et assurance. Neuchâtel 2011;67ss.
- Kessler W, Faisst K, Kessler M et al. Qualitätskontrolle der Patientenaufklärung, Resultate der Patientenbefragung über das Aufklärungsprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) in sechs Schweizer Spitälern. Swiss Surg 2000;6:42–53.
- Medix. Gesundheitsdossier Patienten haben Rechte - Sie haben aber auch Pflichten. 2009. Available from: <http://www.medix.ch/dossiers/patientenrechte.pdf> [dernier accès le 30.4.2011].
- Roggo A. Aufklärung des Patienten, Bern 2002.
- Roggo A, Staffelbach D. Offenbarung von Behandlungsfehlern/Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht – Plädoyer für konstruktive Kommunikation. AJP/PJA 4/2006;407-28.
- Pók J, Wyss P, Honegger C. Leitfaden zum ärztlichen Aufklärungsgespräch. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88:7 266-7.
- Qarolli B, Schneider M, Stanga Z, Schlup P. Patientenzufriedenheit nach strukturierter Aufklärung über invasive Eingriffe. Schweizerische Ärztezeitung 2005;86:51/52 2836-9.
- ZHAW - Institut für Übersetzen und Dolmetschen. Patient-Dolmetscher-Fachperson. Eine Kurzanleitung für erfolgreiche Gespräche. 2012. Available from: <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Publikationen-anderer-Organisationen.html/> [dernier accès le 12.11.2012].

6 | 2 | 4 | Planification et organisation de l'intervention

L'essentiel en bref

Buts

Une transmission complète des informations durant les phases préopératoire et opératoire est une condition essentielle à la sécurité. Les retards dans des situations critiques peuvent entraîner des risques supplémentaires, en plus de prolonger l'opération.

L'évaluation des risques en temps utile et l'anticipation des événements indésirables permettent de prendre au plus tôt les précautions de sécurité qui s'imposent. Une planification et une organisation soigneuses des documents, des appareils et du matériel garantissent que chaque chose est prête au bon endroit et au bon moment. Il s'agit également de prescrire à temps les examens et les médicaments nécessaires.

a | Evaluation des risques

Quoi/Comment

Evaluer à temps les risques lors des consultations/anamnèses préopératoires conformément aux normes ou aux lignes directrices en vigueur, dossier du patient à l'appui:

- perte sanguine importante
- allergies connues
- intubation difficile ou risque de bronchoaspiration élevé
- autres risques spécifiques au patient

Quand/Où

- A intégrer de manière fixe dans les préparatifs de la phase préopératoire
- Lors des consultations/anamnèses au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire

Qui

Opérateur et anesthésiste ou leur représentation médicale, personnel infirmier

b | Documents, appareils et matériel

Quoi/Comment

- Déterminer, planifier et, si nécessaire, commander les documents, les appareils et le matériel requis

Quand/Où

- Durant la phase préopératoire, à intégrer dans les processus locaux existants
- Au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire

Qui

- Personne(s) désignée(s) par l'établissement en fonction de l'organisation du processus
- Responsabilité finale: opérateur

c | Prescriptions

Quoi/Comment

Planifier et prescrire à temps les examens (valeurs sanguines, détermination du groupe sanguin, recherche d'anticorps, etc.) et les médicaments nécessaires (p. ex. prophylaxie antibiotique)

Quand/Où

- Durant la phase préopératoire, à intégrer dans les processus locaux existants
- Au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire

Qui

Opérateur, anesthésiste et professionnels exécutant les prescriptions

a | Evaluation des risques

Quoi

Les risques suivants doivent être évalués et anticipés de manière objective durant la phase préopératoire:

- perte sanguine,
- allergies,
- intubation difficile ou risque de bronchoaspiration élevé,
- autres risques spécifiques au patient.

Dans le cadre de la liste de contrôle «Sécurité chirurgicale», ces risques sont communiqués aux autres intervenants lors des étapes «Sign in» et «Team time out». Il va de soi que d'autres risques sont évalués de manière systématique en fonction de la spécialité concernée.

Pourquoi

Au stade de la préparation de l'intervention, il est nécessaire d'évaluer les risques et d'anticiper les événements indésirables potentiels afin de pouvoir prendre au plus tôt les précautions de sécurité requises (appareils, instruments spéciaux, affectation du personnel, prescriptions, etc.) (cf. chap. 6.3.2, p. 54 ss).

Quand

Toutes les évaluations des risques nécessaires sont intégrées de manière fixe dans les préparatifs de la phase préopératoire.

Qui

Les risques sont évalués par l'opérateur et par l'anesthésiste ou par leur représentation médicale ainsi que par le personnel infirmier.

Où

Cette étape est menée au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire.

Comment

Chaque groupe professionnel évalue les risques à examiner lors des consultations/anamnèses préopératoires en appliquant les normes ou les lignes directrices en vigueur. Il s'appuie pour ce faire sur le dossier du patient.

b | Options et exemples de mise en œuvre

- Dans une clinique privée suisse, le patient est convoqué pour une consultation préopératoire environ deux jours avant l'intervention programmée. Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière responsable effectuent de manière coordonnée leur anamnèse ainsi que les derniers examens et évaluations des risques nécessaires.
- Au sein d'un groupe hospitalier privé allemand, l'opérateur et l'anesthésiste évaluent chacun de leur côté le risque cardio-pulmonaire selon un système de points (score). La somme des points attribués en donne le score total. Si celui-ci atteint une valeur limite définie, le patient est jugé à risque. En pareil cas, le feu vert pour l'intervention n'est donné qu'après discussion entre médecins et information du patient concernant le risque opératoire accru (55).
- Dans une clinique universitaire suisse de chirurgie plastique et de chirurgie de la main, la personne responsable de la gestion des salles contrôle à 15h00 la veille de l'opération la liste de contrôle remplie afin de finaliser le programme opératoire du lendemain.

b | Documents, appareils et matériel

Quoi

Une fois que la décision d'opérer est prise, il convient de déterminer, de planifier et, si nécessaire, de commander les documents (tels que radiographies, croquis, etc.), les appareils (p. ex. échographe ou électrocardiographe ECG, autres appareils devant être réservés spécifiquement pour l'intervention) et le matériel (p. ex. implants, instruments, matériel pour l'installation du patient et produits sanguins en cas de risque hémorragique important) requis pour l'intervention. Il faut également vérifier si des branchements particuliers sont nécessaires (p. ex. gaz pour laparoscopie ou réseau d'air comprimé). Cette planification peut être organisée différemment en fonction des institutions. Il importe dans tous les cas de clarifier les responsabilités et de définir ce qui doit être commandé, contrôlé et mis à disposition, sous quelle forme et à quel moment. Il convient également de veiller à se procurer les documents et le matériel adéquats, qui doivent être prêts au bon endroit.

Pourquoi

Chaque établissement dispose, en fonction de sa spécialisation et des techniques opératoires qu'il pratique, d'un certain stock de base de matériel. Le matériel spécial doit toutefois être commandé suffisamment tôt pour qu'il puisse être disponible à temps et pour éviter une prolongation inutile de l'intervention – le risque d'infection du site opératoire est notamment lié à sa durée – ou d'autres situations indésirables ou critiques pendant l'opération. Une transmission complète des informations durant les phases préopératoire et opératoire est une condition essentielle à la sécurité. Elle ne peut se faire que si les bons documents sont disponibles au bon endroit.

Quand

La planification et l'organisation des documents, des appareils et du matériel sont intégrées de manière fixe dans les préparatifs de la phase préopératoire.

Qui

Une ou plusieurs personnes compétentes – en fonction de l'organisation du processus dans l'établissement – assument la conduite et la coordination de ces préparatifs. L'opérateur veille à ce que le matériel requis et les documents nécessaires soient disponibles en temps utile.

Où

Ce contrôle de sécurité a lieu au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire.

Comment

Son déroulement dépend de l'organisation locale.

c | Prescriptions

Quoi

Il s'agit de planifier et de prescrire à temps les examens (p. ex. radiographie, échographie) ou les analyses de laboratoire (p. ex. valeurs sanguines, détermination du groupe sanguin, recherche d'anticorps, etc.) ainsi que les médicaments nécessaires durant les phases préopératoire et opératoire. A ce titre, il convient également de déterminer les médicaments que le patient doit cesser de prendre ou ceux dont il

faut adapter la posologie (p. ex. anticoagulants). La prophylaxie antibiotique préopératoire doit aussi être intégrée dans cette procédure, afin qu'elle puisse être administrée au bon moment (en règle générale dans l'heure précédant l'incision)¹⁰.

Pourquoi

Il faut que les résultats d'examens requis soient disponibles pour l'intervention et que les médicaments nécessaires soient prescrits à temps. Les retards dans des situations critiques peuvent entraîner des risques supplémentaires, en plus de prolonger l'opération.

Quand

La prescription des examens et médicaments requis doit être intégrée de manière fixe et coordonnée dans les préparatifs de la phase préopératoire et ancrée dans les processus locaux existants.

Qui

Les prescriptions sont effectuées par l'opérateur et l'anesthésiste et exécutées par les professionnels compétents.

Où

Les prescriptions sont réalisées au cabinet, en ambulatoire à l'hôpital ou au lieu de l'hospitalisation préopératoire.

Comment

Elles sont effectuées conformément aux consignes locales.

Nota bene

Il va de soi que d'autres prescriptions et préparatifs devront être ajoutés en fonction de la situation et du patient et garantis au niveau de l'établissement.

¹⁰ Le moment idéal pour l'administration dépend de l'antibiotique choisi. Pour la plupart des antibiotiques, il se situe entre 30 et 60 minutes avant l'incision de la peau (56;57).

6 | 3 | Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» pour la phase opératoire

| Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» | | |
|--|---|--|
| 1 SIGN IN | 2 TEAM TIME OUT | 3 SIGN OUT |
| <p>Avant induction de l'anesthésie avec au moins l'équipe d'anesthésie</p> <p>Vérification (et confirmation par le patient)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identité: nom, prénom, date de naissance <input type="checkbox"/> Type d'intervention <input type="checkbox"/> Site opératoire <input type="checkbox"/> Technique d'anesthésie prévue <input type="checkbox"/> Information donnée au patient – Consentement (chirurgie et anesthésie) <hr/> <p><input type="checkbox"/> Vérification du marquage (dossier à l'appui, si possible avec la participation du patient)</p> <p><input type="checkbox"/> Marquage non exigé selon directive interne</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique (matériel d'anesthésie, matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)</p> <hr/> <p>Risques spécifiques au patient</p> <p>Allergie connue?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) <p>Intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement / assistance disponibles <p>Risque de perte sanguine >500 ml? (7ml/kg en pédiatrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et accès intraveineux et liquides en suffisance prévus <hr/> <p><input type="checkbox"/> Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte</p> | <p>Avant incision de la peau avec l'équipe technique et infirmière, l'équipe d'anesthésie, l'opérateur et les autres intervenants</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation des membres de l'équipe (nom et fonction)</p> <hr/> <p>Validation par tous les membres présents ou par les groupes professionnels concernés</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identité: nom, prénom, date de naissance <input type="checkbox"/> Type d'intervention <input type="checkbox"/> Site opératoire (marquage) <input type="checkbox"/> Installation correcte <hr/> <p>Vérification de la prophylaxie antibiotique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> administrée dans les temps (en règle générale dans les 60 minutes précédant l'incision)? <input type="checkbox"/> en cas de besoin, antibiotique prêt pour une nouvelle administration peropératoire? <input type="checkbox"/> non indiquée <hr/> <p>Anticipation d'événements critiques potentiels</p> <p>Equipe d'anesthésie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Risques spécifiques au patient <p>Opérateur</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etapes critiques ou inhabituelles <input type="checkbox"/> Durée de l'intervention <input type="checkbox"/> Perte sanguine anticipée <p>Equipe technique et infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmation de la stérilité (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs) <input type="checkbox"/> Remarques concernant le matériel ou autres problèmes <hr/> <p>Documents d'imagerie (radiographie, échographie, IRM, etc.) correspondant au patient et affichés correctement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> disponibles <input type="checkbox"/> sans objet <hr/> <p>Implants adéquats</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à disposition/disponibles en salle <input type="checkbox"/> sans objet | <p>Avant la sortie de l'opérateur avec l'équipe technique et infirmière, l'opérateur et l'anesthésiste</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmation des actes chirurgicaux effectués</p> <hr/> <p>Confirmation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc. <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/> Etiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire (description, nom, prénom et date de naissance) <input type="checkbox"/> sans objet <hr/> <p>Problèmes de matériel?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) <hr/> <p>Opérateur, anesthésiste et équipe technique et infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient |

Pour la présentation détaillée de la liste de contrôle ainsi que les recommandations concernant son application et sa mise en œuvre, cf. la publication n° 5 de la Fondation pour la Sécurité des Patients «Opération Sécurité chirurgicale» © Fondation pour la Sécurité des Patients «Sécurité chirurgicale» (Version 1, 2012)

6 | 3 | 1 | Remarques préliminaires

Importance de la liste de contrôle

Etape cruciale en termes de risques pour la sécurité, la phase B (= dans le contexte immédiat de l'intervention, cf. chap. 4.2, p. 22) est au cœur de toutes les stratégies nationales et internationales développées pour garantir la sécurité chirurgicale.

Les vérifications essentielles pour la phase opératoire présentées dans ce chapitre sont réunies dans une liste de contrôle qui s'inspire en grande partie de celle publiée par l'OMS dans le cadre du programme «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies», instrument qui a fait ses preuves aux quatre coins du globe. Certains points ont toutefois été adaptés et complétés en fonction du contexte propre à la Suisse. Cette liste s'adresse à tous les groupes professionnels représentés au sein de l'équipe chirurgicale: anesthésiste, opérateur, infirmière anesthésiste, personnel technique et

infirmier de salle d'opération (ci-après «équipe technique et infirmière») et autre personnel intervenant au bloc opératoire.

La liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» constitue la dernière barrière de sécurité décisive avant l'opération. Son application vise à garantir que tous les aspects liés à la sécurité et les informations y relatives sont systématiquement vérifiés juste avant l'incision, que ces données sont communiquées au sein de l'équipe et que les précautions de sécurité sont prises à temps. Cet instrument permet d'améliorer notamment la sécurité, la communication et le travail d'équipe (25;40;41;58). De par sa fonction d'aide-mémoire, la liste de contrôle facilite la tâche des participants et les aide à se concentrer sur l'essentiel. Elle devrait être utilisée durant la phase B pour toutes les interventions réalisées sur des patients. La liste n'a pas été conçue comme un document officiel à intégrer au dossier du patient. Elle est d'abord un outil de

travail et un instrument de sécurité pour le bloc opératoire.

Rôle du coordonnateur

Si tous les membres de l'équipe chirurgicale sont associés à l'application de la liste de contrôle, l'un d'entre eux est néanmoins désigné pour assumer la fonction de coordonnateur. Il peut s'agir d'un médecin, d'une infirmière anesthésiste, d'un membre de l'équipe technique et infirmière ou d'un responsable de la gestion du bloc opératoire. Cette personne conduit la procédure et s'assure que tous les points de la liste sont passés en revue. Cette tâche et cette responsabilité peuvent être confiées à une personne différente pour chacune des parties de la liste de contrôle. Le coordonnateur veille à ce que tous les points de la liste soient correctement examinés et communiqués par les membres de l'équipe concernés. Dans un environnement aussi complexe que celui du bloc opératoire, il existe en permanence le risque que des actes importants soient oubliés ou négligés. Tant que l'équipe chirurgicale n'est pas encore familiarisée avec l'instrument, le coordonnateur la guide en abordant l'une après l'autre les rubriques de la liste et en demandant aux participants de fournir telle ou telle information ou de la confirmer. En principe, tous les points inscrits sur la liste doivent être validés oralement par les membres présents compétents. Une fois que l'équipe chirurgicale est rodée, ses membres peuvent procéder de leur propre chef aux vérifications requises dans la partie «Sign in» et communiquer les informations aux personnes présentes en suivant la liste, sans attendre les demandes explicites du coordonnateur. Il appartient à chaque équipe d'intégrer ces démarches et ces échanges d'informations dans ses procédures et sa répartition des tâches de manière que toutes les étapes puissent être accomplies efficacement. Même si le rôle du coordonnateur devient moins visible à mesure que l'équipe s'approprie l'instrument, il conserve la responsabilité de la procédure et continue de contrôler que tous les points de la liste sont traités. Les vérifications doivent toujours être effectuées à partir de la liste et non de mémoire.

Au moment de choisir le coordonnateur de la liste de contrôle, il convient de s'assurer que sa fonction et sa responsabilité sont respectées au sein de l'équipe chirurgicale et que sa désignation ne crée pas d'antagonismes. Cette personne doit avoir la compétence de

stopper l'intervention lorsqu'il n'est pas possible de communiquer et de clarifier toutes les informations requises selon la liste. L'attribution de cette compétence doit être définie dans les directives internes établies pour régler les situations particulières et les circonstances exceptionnelles (cf. ci-dessous «Nota bene»). Afin de pouvoir contrôler l'application de la liste, une institution peut prévoir que le coordonnateur appose sa signature sur le document ou dans le dossier du patient pour confirmer que tous les points ont été passés en revue et signaler des remarques ou des commentaires. Cette personne n'assume toutefois pas la responsabilité de l'exactitude des informations échangées ni des vérifications effectuées conformément à la liste. Tous les membres de l'équipe chirurgicale partagent cette responsabilité en vertu de leur fonction, de leurs compétences et du rôle qui leur est confié lors de l'application de la liste (cf. chap. 6.3.5, p. 69 s.).

Division en trois parties

La liste de contrôle pour la phase B est divisée en trois parties, correspondant chacune à une étape temporelle de la phase opératoire:

1. Sign in (procédures initiales): avant induction de l'anesthésie
2. Team time out (vérifications ultimes): après induction de l'anesthésie, peu avant l'incision
3. Sign out (procédures finales): une fois l'intervention terminée, avant le départ de l'opérateur et la sortie du patient de la salle d'opération

Le coordonnateur peut et doit empêcher que l'équipe passe à la phase suivante avant que chaque étape n'ait été correctement accomplie.

Les trois parties de la liste sont reproduites séparément puis explicitées en détail aux chapitres 6.3.2, 6.3.3 et 6.3.4, qui débutent par un résumé des thèmes abordés.

Les commentaires relatifs aux vérifications prévues pour la phase B sont structurés selon les mêmes rubriques que celles utilisées pour le chapitre 6.2.1. (Quoi, Pourquoi, Quand, Qui, Où, Comment, etc.).

Nota bene

Il est conseillé aux institutions d'établir des directives et des critères uniformes pour les situations particulières et les circonstances exceptionnelles.

1 SIGN IN

Avant induction de l'anesthésie

avec au moins l'équipe d'anesthésie

Vérification (et confirmation par le patient)

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire**
- Technique d'anesthésie prévue**
- Information donnée au patient – Consentement** (chirurgie et anesthésie)

- Vérification du marquage**
(dossier à l'appui, si possible avec la participation du patient)
- Marquage non exigé selon directive interne

- Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique** (matériel d'anesthésie, matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)

Risques spécifiques au patient

Allergie connue?

- Non
- Oui (préciser)

Intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé?

- Non
- Oui, et équipement / assistance disponibles

Risque de perte sanguine >500 ml?
(7ml/kg en pédiatrie)

- Non
- Oui, et accès intraveineux et liquides en suffisance prévus

- Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte**

Sign in

Buts

Procéder aux vérifications essentielles pour la sécurité en y associant le patient, généralement encore éveillé au cours de cette phase délicate du processus préparatoire à laquelle participent différents groupes professionnels. Ces contrôles sont volontairement répétés dans le but d'éviter des erreurs de site opératoire ou de traitement.

Communiquer les risques spécifiques au patient afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse se préparer à d'éventuels événements indésirables. Vérifier l'assignation à la salle d'opération correcte, garde-fou supplémentaire important pour prévenir les erreurs potentielles.

Vérifications à effectuer avant induction de l'anesthésie

1. Quoi

Vérification des points suivants:

- Identité du patient, type d'intervention, site opératoire et son marquage
- Technique d'anesthésie prévue
- Information donnée au patient/recueil de son consentement

Comment

Comparaison avec le dossier et confirmation par le patient

Quand/Où

A l'entrée du patient au bloc opératoire (sas)

Qui

Coordonnateur de la liste de contrôle ou autre personne désignée

2. Quoi

- Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique (matériel d'anesthésie/matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)
- Evaluation des risques spécifiques au patient (allergie, intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé, perte sanguine importante (>500 ml de sang))

Comment

L'équipe d'anesthésie confirme avoir vérifié la sécurité anesthésique et pris les précautions nécessaires compte tenu des risques identifiés.

Quand/Où

Avant induction de la narcose ou de l'anesthésie, dans la salle où l'anesthésie est préparée

Qui

Coordonnateur de la liste de contrôle, avec l'infirmière anesthésiste/l'anesthésiste

3. Quoi

Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Comment

En vérifiant la concordance avec le programme opératoire du jour

Quand/Où

Juste avant l'entrée dans la salle d'opération

Qui

Coordonnateur de la liste de contrôle ou autre personne désignée



Elucider immédiatement toute discordance

Il est conseillé aux institutions d'établir des directives et des critères uniformes pour les situations particulières et les circonstances exceptionnelles.

Quoi

Il s'agit tout d'abord de vérifier l'identité du patient, le type d'intervention, le site opératoire et son marquage, la technique d'anesthésie prévue ainsi que l'information donnée au patient et/ou le recueil de son consentement. Chacune de ces données est immédiatement comparée avec le dossier. Tant que le patient est capable de parler et de répondre en étant pleinement conscient, il devrait être associé à l'identification et aux autres vérifications.

La sécurité anesthésique est ensuite vérifiée (contrôle du matériel d'anesthésie et du matériel respiratoire, du dispositif de monitoring, des médicaments) et confirmée oralement. Les risques spécifiques au patient (allergies, intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé, perte sanguine) sont évalués et communiqués, de même que les précautions nécessaires. Enfin, l'assignation à la bonne salle d'opération est vérifiée et confirmée.

Pourquoi

Vérification et confirmation des points suivants: [identité du patient](#), [type d'intervention](#), [site opératoire](#), [technique d'anesthésie prévue](#), [information donnée au patient/recueil de son consentement](#)

Au cours de la phase comprise entre l'entrée au bloc opératoire et l'induction de l'anesthésie, le patient est pris en charge par plusieurs nouveaux intervenants appartenant à différents groupes professionnels. A ce stade du processus préparatoire, de nouvelles erreurs sont susceptibles de se produire, ce qui explique pourquoi les contrôles sont volontairement redondants. C'est aussi, souvent, le dernier moment où le patient est encore capable de parler et de participer au processus de sécurité.

Vérification de la sécurité anesthésique et évaluation des risques

Les conséquences d'une réaction allergique qui aurait pu être évitée, les préjudices causés par des pro-

blèmes au niveau des voies aériennes et les fortes pertes sanguines inattendues représentent des événements sérieux qui peuvent se produire même lorsque les risques ont été documentés ou discutés au préalable. Une importante spoliation sanguine figure parmi les dangers les plus courants et les plus graves pour les patients en chirurgie, le risque de choc hypovolémique progressant rapidement lorsqu'elle dépasse 500 ml (7 ml/kg chez l'enfant)¹¹. Une évaluation et une analyse préalables ainsi qu'une planification prospective permettent de réduire ces risques. Les apprécier à temps garantit notamment la possibilité de pouvoir procéder sans délai à une transfusion. Ils devraient déjà avoir été évalués et les précautions nécessaires avoir été prises durant la phase préopératoire (cf. chap. 6.2.4, p. 46 ss) Parmi ces dernières figurent notamment la commande à temps de produits sanguins et l'organisation d'un nombre suffisant d'accès intraveineux. En cas d'allergie connue, il est important que l'équipe technique et infirmière en soit informée dès l'entrée au bloc, car une allergie à l'iode, par exemple, peut avoir des conséquences notables sur la préparation du site opératoire.

La vérification de la sécurité anesthésique, sa confirmation et les risques potentiels doivent être annoncés systématiquement aux participants. Les risques spécifiques au patient sont communiqués même s'ils figurent déjà dans son dossier, car cette étape fait aussi office de briefing pour l'équipe chirurgicale, ce qui lui permet d'anticiper au mieux les événements inattendus.

Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Dans le cadre de la gestion du bloc opératoire, des modifications de l'occupation des salles peuvent s'avérer nécessaires à très court terme. De plus, il est fréquent que des interventions analogues ou identiques se suivent à intervalles rapprochés. Ces facteurs augmentent le risque d'erreur.

Quand

L'étape «Sign in» a lieu avant induction de la narcose ou de l'anesthésie. La liste de contrôle peut être passée en revue en une fois ou en plusieurs étapes au cours du processus allant de l'entrée du patient au bloc opératoire (sas) à la préparation de l'anesthésie.

Qui

Le coordonnateur démarre et conduit la procédure. Les informations sont vérifiées, validées et communiquées par l'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste. Dans la mesure du possible, l'opérateur est également présent pour prendre connaissance des risques (intubation difficile et risque de bronchoaspiration élevé, allergies, perte sanguine).

Où

Les deux premiers contrôles de cette partie de la liste (jusqu'à la vérification de la sécurité anesthésique) peuvent être effectués au sas, lors du transfert du patient au bloc opératoire. Les suivants ont lieu dans la salle où l'anesthésie est préparée. Chaque institution devrait définir clairement quels contrôles se déroulent à quel endroit.

Comment

Vérification (et confirmation par le patient): identité du patient, type d'intervention, site opératoire, technique d'anesthésie prévue et information donnée au patient/recueil de son consentement

Les points susmentionnés sont contrôlés en interrogeant le patient, dans la mesure du possible, et en se référant au dossier, les informations étant validées oralement par la personne responsable (cf. chap. 6.2, p. 34 ss). Souvent, la vigilance (état d'éveil) du patient est fortement diminuée après la prémédication. En pareil cas, le nom et le prénom, la date de naissance, le numéro d'identification, l'intervention et le site opératoire doivent être contrôlés uniquement à l'aide du dossier ou de systèmes d'identification appropriés. Si des proches sont présents, ils sont associés aux vérifications.

Vérification du marquage

Il s'agit de vérifier que le site a bien été marqué. Là encore, le patient est associé à la démarche et la concordance avec le dossier est contrôlée. En l'absence de marquage, il faut attester que celui-ci n'est pas exigé conformément à une directive interne ou que le patient l'a refusé en dépit des explications complètes qui lui ont été données. Le marquage peut être omis uniquement pour les interventions figurant

¹¹ Ce chiffre varie selon le domaine d'intervention et le degré de gravité. Le seuil retenu par l'OMS vise à sensibiliser au risque de perte sanguine importante lié à certaines opérations.

sur une liste d'opérations ne le nécessitant pas établie par l'institution (cf. chap. 6.2.2, p. 40 s.). Si tel est le cas, il est possible d'indiquer: «Marquage non exigé selon directive interne». La marche à suivre lorsque l'absence de marquage n'est pas justifiée est décrite ci-après dans la rubrique «Nota bene».

Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique (matériel d'anesthésie et matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)

Le coordonnateur demande à l'anesthésiste s'il a procédé à la vérification de la sécurité anesthésique (impérative à chaque nouvelle opération), qui consiste en une inspection systématique du matériel d'anesthésie et du matériel respiratoire ainsi que du branchement et du bon fonctionnement des appareils de monitoring, un contrôle des médicaments et une évaluation des risques. Si le patient présente des risques, il demande si l'équipement nécessaire est disponible et si du personnel supplémentaire peut intervenir rapidement en cas de besoin.

Allergie connue?

Le coordonnateur demande à l'équipe d'anesthésie si le patient présente une allergie connue et, dans l'affirmative, sa nature. S'il a connaissance d'une allergie que l'anesthésiste ignore, il doit lui communiquer cette information.

Intubation difficile/Risque de bronchoaspiration élevé?

Le coordonnateur demande à l'équipe d'anesthésie si le patient présente des difficultés au niveau des voies aériennes ou un risque de bronchoaspiration élevé.

Risque de perte sanguine >500 ml?

(7ml/kg en pédiatrie)

Le coordonnateur demande à l'équipe d'anesthésie – ou à l'opérateur s'il est déjà présent – si le patient risque de perdre plus d'un demi-litre de sang au cours de l'intervention. Dans l'affirmative, il s'agit de confirmer que les précautions nécessaires ont été prises, qu'il y a assez d'accès intraveineux et des liquides de remplissage vasculaire en suffisance. Cette vérification sera renouvelée par l'opérateur durant la phase «Team time out», d'une part pour assurer un contrôle supplémentaire pour l'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste et, d'autre part, pour informer le chirurgien et l'équipe technique et infirmière.

Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Ce point est contrôlé en vérifiant la concordance avec le programme opératoire du jour.

Nota bene

Absence de marquage ou marquage peu clair

Le marquage du site opératoire permet de contrôler l'exactitude de l'intervention en comparant cette indication avec le dossier du patient. En l'absence de marquage, il ne faut pas procéder à l'anesthésie, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence ou d'une exception documentée. Il convient d'informer le patient de l'abandon de la procédure (ou de son interruption jusqu'à ce que la situation soit clarifiée) et de lui exprimer ses regrets. Le marquage et, partant, la confirmation qu'il s'agit de la bonne intervention, doit être effectué par l'opérateur ou par un médecin possédant toutes les informations requises sur le patient et l'acte chirurgical prévu. Chaque institution est invitée à édicter des consignes claires pour ces cas de figure.

Que faire en cas de discordance?

Les discordances ne sauraient être ignorées. Une clarification immédiate est nécessaire (cf. chap. 6.3.5, p. 68s.).

Précautions à prendre en cas d'intubation difficile/de risque de bronchoaspiration élevé

Lorsqu'un patient présente des difficultés au niveau des voies aériennes ou un risque de bronchoaspiration élevé, l'induction de l'anesthésie ne peut pas avoir lieu tant que l'anesthésiste n'a pas confirmé que l'équipement nécessaire et le personnel d'assistance requis sont disponibles.

Moment de la vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Ce contrôle doit avoir lieu au moment où l'on peut avoir la certitude absolue que l'attribution de la salle ne changera plus.

Options et exemples de mise en œuvre

Options

Evaluation d'autres risques spécifiques

La partie «Sign in» de la liste de contrôle peut être complétée par l'évaluation de risques supplémentaires en fonction des conditions locales, des difficultés individuelles, des spécialités ou des interventions, tels que l'appréciation du risque d'hypothermie, de thromboembolie veineuse, de saignement important dû à la prise d'anticoagulants, etc. Il est également nécessaire à ce stade de contrôler et de signaler si des mesures d'hygiène particulières doivent être prises (p. ex. patients porteurs de MRSA).

Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte

Etant donné que ce point doit être vérifié une fois que l'on a la certitude absolue que l'attribution de la salle ne changera plus, il figure en dernier dans la partie «Sign in» de la liste. Selon la structure et l'organisation de l'institution, il peut être indiqué d'effectuer ce contrôle avant la vérification de la sécurité anesthésique.

Exemples de mise en œuvre

- Un hôpital régional suisse utilise une check-list pour l'anesthésie comprenant les points de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale et prévoyant des vérifications supplémentaires spécifiques à la spécialité ainsi qu'un briefing et un débriefing au sein de l'équipe d'anesthésie.
- La Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (SSOT) a ajouté dans la partie «Sign in» de sa liste pour la sécurité des patients le contrôle du temps de Quick.

FAQ

Pourquoi faut-il interroger le patient avant induction de la narcose?

Tant que le patient est conscient et capable de répondre, il doit être associé au processus d'identification, car cette mesure accroît objectivement la sécurité, tout en lui donnant un sentiment subjectif de plus grande sécurité.

2 TEAM TIME OUT

Avant incision de la peau

avec l'équipe technique et infirmière, l'équipe d'anesthésie, l'opérateur et les autres intervenants

- Présentation des membres de l'équipe**
(nom et fonction)

Validation par tous les membres présents ou par les groupes professionnels concernés

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire** (marquage)
- Installation correcte**

Vérification de la prophylaxie antibiotique

- administrée dans les temps (en règle générale dans les 60 minutes précédant l'incision)?
- en cas de besoin, antibiotique prêt pour une nouvelle administration peropératoire?
- non indiquée

Anticipation d'événements critiques potentiels

Equipe d'anesthésie

- Risques spécifiques au patient**

Opérateur

- Etapes critiques ou inhabituelles**
- Durée de l'intervention**
- Perte sanguine anticipée**

Equipe technique et infirmière

- Confirmation de la stérilité** (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs)
- Remarques concernant le matériel ou autres problèmes**

Documents d'imagerie (radiographie, échographie, IRM, etc.) correspondant au patient et affichés correctement

- disponibles
- sans objet

Implants adéquats

- à disposition/disponibles en salle
- sans objet

Team time out

Buts

Faire cesser brièvement la pression qui règne souvent avant l'incision et prendre en compte les dernières mises en garde.

Effectuer les ultimes vérifications essentielles pour la sécurité avant la première incision de la peau dans le but de prévenir des incidents graves évitables.

Présenter les membres de l'équipe pour favoriser une communication ouverte, chacun connaissant le nom et la fonction des autres intervenants.

Veiller à ce que les informations importantes pour l'anticipation d'événements inattendus soient communiquées et que les préparatifs nécessaires soient accomplis.

Quoi

- Présentation des membres de l'équipe
- Vérification de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte
- Vérification de la prophylaxie antibiotique
- Anticipation d'événements critiques potentiels
- Contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie requis (radiographie, échographie, IRM, etc.).
- Contrôle de la disponibilité des implants adéquats

Comment

Sous forme de rituel professionnel se déroulant selon des règles bien définies:

- La personne responsable invite l'équipe à marquer un temps d'arrêt et passe en revue la liste de contrôle.
- Tous les intervenants y participent et valident les vérifications par une réponse claire.
- Quelle que soit la personne qui la signale, toute remarque concernant une discordance ou un risque d'erreur doit être entendue comme une contribution à la sécurité et être prise au sérieux.

Quand/Où

Dans la salle d'opération, juste avant l'incision de la peau

Qui

Tous les intervenants: opérateur, équipe d'anesthésie, équipe technique et infirmière et autre personnel opératoire



Elucider immédiatement toute discordance

Il est conseillé aux institutions d'établir des directives et des critères uniformes pour les situations particulières et les circonstances exceptionnelles.

Quoi

Le coordonnateur ou un autre membre de l'équipe invite tous les collaborateurs présents dans la salle d'opération à marquer un temps d'arrêt et à réserver toute leur attention à la communication durant cette pause. Le «Team time out» inclut les vérifications suivantes:

- Présentation des membres de l'équipe (nom et fonction)
- Validation par tous les membres de l'équipe de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte
- Information par l'anesthésiste de l'administration dans les temps d'une prophylaxie antibiotique et, si nécessaire, de la préparation de l'antibiotique pour une nouvelle administration peropératoire
- Anticipation et communication d'événements critiques potentiels:

Equipe d'anesthésie

- risques spécifiques au patient

Opérateur

- étapes critiques ou inhabituelles
- durée de l'intervention
- perte sanguine anticipée

Equipe technique et infirmière

- Confirmation de la stérilité (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs)
- Remarques concernant le matériel ou autres problèmes

- Contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie et des implants requis

Pourquoi

Team time out

Avant la première incision de la peau, l'équipe marque un bref temps d'arrêt («Team time out»¹²), afin d'effectuer en commun les ultimes vérifications essentielles pour la sécurité (de manière analogue au contrôle réalisé dans les avions juste avant le décollage). Elle s'assure également que les informations importantes pour l'anticipation d'événements inattendus ont été communiquées et que les préparatifs nécessaires ont été accomplis.

Le «Team time out» sert à faire cesser brièvement la pression qui règne souvent peu avant l'incision et à prendre en compte les dernières mises en garde dans

le but de prévenir des incidents graves évitables. Des exemples récents (y compris en Suisse) montrent très clairement que des accidents se sont produits dans un contexte où les barrières de sécurité étaient absentes ou défaillantes avant l'intervention. Ces événements auraient manifestement pu être évités si une procédure telle que celle présentée ici avait été appliquée (liste de contrôle, «Team time out»).

Présentation des membres de l'équipe

Le «Team time out» commence par une présentation de chacun des intervenants, ce qui leur permet de se constituer comme une équipe œuvrant pour le même but et de créer la base d'une bonne communication et collaboration. Les individus communiquent et interagissent mieux lorsqu'ils connaissent le nom et la fonction des autres participants. Contrairement à d'autres industries à risque comme l'aviation, cette étape est encore plutôt inhabituelle dans les salles d'opération des hôpitaux suisses. Elle ne saurait toutefois être négligée compte tenu des bénéfices qu'elle apporte pour la communication. Il est important que tous les membres de l'équipe se présentent même s'ils se connaissent déjà. Cela permet notamment de dissiper l'embarras que peut ressentir une personne qui a oublié le nom d'un collègue, bien qu'ils aient déjà travaillé ensemble à plusieurs reprises, car cette gêne peut, selon les cas, être à l'origine de la non-communication d'observations importantes et de la perte d'informations pertinentes pour l'équipe.

Validation par tous les membres de l'équipe de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte

Il s'agit du dernier contrôle de sécurité visant à prévenir les erreurs de site opératoire. Lors de cette vérification commune, l'équipe tout entière est utilisée comme une ressource pour la sécurité. Dans l'idéal, l'opérateur devrait déjà être présent lors de l'installation du patient et vérifier ces points. Durant le «Team time out», ces éléments de sécurité sont systématiquement recontrôlés en présence de tous les membres de l'équipe.

Prophylaxie antibiotique

Les infections représentent environ 40% de tous les événements indésirables en chirurgie (11). Selon les études, le taux d'infection du site opératoire varie entre 2 et 20% en fonction des facteurs de risques

¹² L'expression anglaise «Team time out» a été conservée en français, car elle rend bien les aspects positifs de cette action commune.

considérés (12-14). Il est prouvé que ces cas entraînent des coûts supplémentaires liés notamment à la prolongation du séjour à l'hôpital (15-17). En dépit de ce constat et du consensus largement partagé autour du fait qu'une prophylaxie antibiotique bien administrée permet de prévenir efficacement les infections du site opératoire, cette mesure n'est toujours pas suivie systématiquement par les équipes chirurgicales (14;59;60). Pour la plupart des antibiotiques, le moment idéal pour administrer la prophylaxie se situe entre 30 et 60 minutes avant l'incision de la peau, le délai acceptable étant compris entre 0 et 60 minutes (56;57;61). Grâce à l'utilisation de la liste de contrôle de l'OMS, le pourcentage d'administration correcte de la prophylaxie antibiotique préopératoire a passé de 57% à 77% au St. Mary's Hospital à Londres (Imperial College) (62;63). Pour les opérations durant plus de 4 heures, le risque d'infection du site opératoire diminue encore lorsque l'antibiotique est administré une nouvelle fois durant l'opération. Cet effet n'est toutefois sensible que si la première administration prophylactique a eu lieu au bon moment avant l'incision (64).

Evaluation des étapes critiques et des risques

Pour que l'équipe chirurgicale soit bien préparée à l'intervention, tous ses membres doivent être informés des principaux risques anticipés et des conditions générales. Cette étape constitue la dernière occasion pour organiser la mise à disposition de matériel spécial et d'implants ou d'autres préparatifs. C'est aussi le dernier moment, pour l'infirmière anesthésiste ou l'équipe technique et infirmière, pour faire part d'éventuelles remarques ou problèmes concernant le matériel. L'équipe technique et infirmière doit en particulier communiquer les préoccupations ou les risques potentiels qui n'ont pas déjà été mentionnés par l'opérateur ou l'équipe d'anesthésie.

Contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie et des implants requis

Cette étape vise à éviter les erreurs dues à la prise en compte d'images erronées ou mal affichées. Il s'agit de vérifier la concordance entre les documents d'imagerie et l'intervention prévue ainsi que la mise à disposition des implants adéquats (65;66). La disponibilité des implants requis doit déjà avoir été organisée lors de la planification de l'opération. Ce contrôle est répété à ce stade pour pouvoir, en cas d'urgence, stopper une intervention non réalisable avant l'incision de la peau.

Quand

Avec la participation de tous les intervenants, le «Team time out» a lieu juste avant l'incision de la peau, de sorte qu'il n'y ait pas d'autre processus ou étape de traitement/prise charge pouvant amener de nouveaux risques entre ces vérifications ultimes et l'incision. Il est donc fortement déconseillé d'organiser le «Team time out» plus tôt (p. ex. avant l'induction de l'anesthésie ou le transfert du patient dans la salle d'opération), car cela ne permettrait pas de conjurer de manière fiable le risque d'erreur de site opératoire notamment. De plus, si cette étape intervient prématurément, du matériel et des informations importantes ne peuvent souvent pas être vérifiés et des intervenants ne sont pas encore disponibles. Certaines institutions effectuent le «Team time out» avant la mise en place des champs opératoires, de crainte que le marquage ne soit plus visible ensuite.

Qui

Le coordonnateur démarre et conduit la procédure. Il peut s'agir d'un médecin (opérateur, anesthésiste, autre médecin) ou d'une infirmière anesthésiste, d'un membre de l'équipe technique et infirmière ou d'un responsable de la gestion du bloc opératoire. Il est essentiel que, sous sa direction, tous les membres de l'équipe chirurgicale puissent intervenir sur un pied d'égalité dans le cadre du «Team time out».

Les réponses aux points abordés par le coordonnateur sont données par tous les membres de l'équipe chirurgicale (opérateur, anesthésiste, équipe technique et infirmière et autre personnel opératoire). En ce qui concerne l'équipe d'anesthésie, il faut au moins que l'anesthésiste ou l'infirmière anesthésiste participe au «Team time out».

Où

Cette étape a lieu dans la salle d'opération.

Comment

Remarque générale concernant l'organisation du «Team time out»

Cette étape doit être comprise comme un rituel professionnel se déroulant selon des règles bien définies. La personne responsable invite l'équipe à marquer un temps d'arrêt, passe en revue les points de la liste de contrôle et formule les questions. Les intervenants confirment les vérifications par une réponse claire. L'idéal est de valider les différents points de la liste par

la répétition verbale. Cette méthode de contrôle est notamment exigée dans les domaines à hauts risques tels que l'aviation. Sans équivoque, elle est plus fiable, par exemple, qu'un hochement de tête ou un «Oui/OK/Correct» qui, la routine s'installant, peuvent entraîner une confirmation erronée des points à valider. Le silence ou une réponse peu claire ne peuvent en aucun cas être interprétés comme un accord tacite. Tous les membres de l'équipe chirurgicale partagent la responsabilité et peuvent s'exprimer sur un pied d'égalité. Le «Team time out» ne saurait être un exercice alibi pro forma exécuté sans réfléchir ou de façon automatique. Il a valeur de norme et doit être compris comme un élément professionnel de la culture de la sécurité à appliquer en toute conscience. La réalisation du «Team time out» est documentée.

Présentation des membres de l'équipe (nom et fonction)

Tous les membres de l'équipe chirurgicale se présentent en indiquant leur nom et leur fonction. S'ils ont déjà travaillé ensemble le jour même, ils peuvent confirmer que toutes les personnes présentes connaissent le nom et la fonction des autres participants. Toutefois, dès qu'une nouvelle personne intègre l'équipe, il convient de refaire les présentations. S'il est prévu que des fonctions changent dans le courant de la journée, par exemple chez les opérateurs, cela doit être signalé au début du «Team time out» lorsque ce point de la liste est abordé.

Validation par tous les membres de l'équipe de l'identité du patient, du type d'intervention, du site opératoire (et de son marquage) et de l'installation correcte

L'équipe confirme qu'il s'agit de la bonne intervention sur le bon patient au bon endroit et que l'installation est correcte. Pour ce faire, le coordonnateur lit à voix haute les points correspondants de la liste et les autres membres de l'équipe les valident explicitement en vérifiant la concordance avec la documentation et le programme opératoire.

Vérification de la prophylaxie antibiotique

Le coordonnateur demande à la personne compétente (en règle générale l'anesthésiste) si une prophylaxie antibiotique est indiquée en vertu des directives internes ou a été exigée par l'opérateur et, dans l'affirmative, si elle a été administrée dans les temps (en principe dans l'heure précédant l'incision). Si cette mesure

n'est pas indiquée, les motifs doivent être exposés et documentés dans le dossier du patient. Pour les opérations de longue durée, il est demandé si l'antibiotique est disponible pour une nouvelle administration prophylactique peropératoire. Si la prophylaxie antibiotique est indiquée et qu'elle n'a pas encore été administrée, l'opérateur décide de la mesure à prendre, à savoir s'il convient de donner un antibiotique juste avant l'incision. Cette décision est documentée dans le dossier du patient. Les règles concernant la prophylaxie antibiotique doivent être consignées dans une directive interne respectant les directives nationales et/ou internationales. Ce document traitera aussi des exceptions, par exemple en cas d'allergie à la pénicilline.

Anticipation d'événements critiques

Risques spécifiques au patient du point de vue de l'anesthésiste

Chez les patients exposés à un risque majeur – perte sanguine élevée, instabilité hémodynamique –, un membre de l'équipe d'anesthésie passe en revue les dispositions prises ou à prendre telles que l'intention de recourir à des produits sanguins. Les comorbidités (VIH, hépatite) sont une nouvelle fois communiquées, ces informations étant aussi importantes pour la sécurité du personnel. Lorsque l'intervention n'entraîne pas de risque ni de préoccupation critiques spécifiques, l'anesthésiste peut se contenter de dire: «Je n'ai pas d'inquiétude particulière pour ce cas.». Il est important qu'une réflexion ait été menée sur ce point et que les risques ou l'absence de risques soient communiqués de manière explicite.

Etapes critiques ou inhabituelles du point de vue de l'opérateur

L'opérateur informe l'équipe chirurgicale des étapes critiques et, le cas échéant, des étapes inhabituelles de l'intervention et renseigne sur les particularités concernant l'équipement, la durée de l'opération et la perte sanguine anticipée (i. e. le risque de perte sanguine importante). Le coordonnateur passe en revue les points de la liste, qui servent de fil conducteur pour l'opérateur.

Equipe technique et infirmière: confirmation de la stérilité (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs) – Remarques concernant le matériel ou autres problèmes

Les personnes responsables confirment oralement que la stérilisation des instruments et du matériel a

été faite. Tout écart entre le résultat attendu et le résultat de l'indicateur de stérilité doit être annoncé aux membres de l'équipe avant l'incision. Les remarques ou les problèmes éventuels concernant le matériel sont également communiqués à ce moment-là. S'il n'y a rien de spécial à signaler, les responsables peuvent se contenter de dire: «Stérilité vérifiée, aucun problème particulier».

Documents d'imagerie (radiographie, échographie, IRM, etc.) correspondant au patient et affichés correctement / Implants adéquats

L'opérateur vérifie, avec le personnel opératoire, si tous les documents d'imagerie requis sont disponibles, si ce sont les bons documents (p. ex. clichés récents) et s'ils correspondent bien au patient à opérer. Il contrôle également qu'il s'agit des clichés du bon côté et, si les images sont affichées, si elles sont dans le bon sens et bien visibles. Il vérifie enfin si les implants adéquats sont disponibles en salle ou à disposition et s'il s'agit des bons implants. Le résultat du contrôle est communiqué oralement aux membres de l'équipe chirurgicale et confirmé par l'une des personnes présentes.

Nota bene

Une tâche commune

Le «Team time out» représente une tâche commune à l'ensemble de l'équipe chirurgicale. A cette fin, il faut au moins que l'opérateur, l'équipe technique et infirmière et l'anesthésiste ou l'infirmière anesthésiste soient présents. Si des instruments techniques spéciaux sont utilisés, le technicien compétent devrait aussi être présent.

La culture de la sécurité et la communication sont décisifs pour le «Team time out». Tous les membres de l'équipe chirurgicale doivent être sur un pied d'égalité. Aucun d'eux ne doit avoir de craintes à exprimer un doute quelconque concernant une discordance, un oubli ou une erreur du fait de son appartenance à tel groupe professionnel ou à telle discipline ou de sa position dans la hiérarchie. Quelle que soit la personne qui la signale, toute remarque concernant une discordance ou un risque d'erreur doit être entendue comme une contribution à la sécurité et être prise au sérieux. Pour que cela soit possible, les personnes qui assument un rôle important dans le déroulement de l'intervention et dans la hiérarchie doivent montrer l'exemple et, à ce titre, accepter et exiger le «Team time out», auto-riser ouvertement les remarques critiques, faire partici-

per l'ensemble de l'équipe et prendre au sérieux chaque personne dans une attitude de respect.

Anticipation d'événements critiques potentiels: précisions en fonction de l'institution ou de la spécialité

Selon l'institution ou la spécialité concernée, il peut être utile de compléter l'anticipation des événements critiques potentiels pour y inclure les risques particuliers liés au domaine en question et pouvoir s'y préparer. Il faut toutefois veiller à ce que la liste ne devienne pas trop longue et se limiter à l'essentiel (cf. chap. 6.1, p. 32).

Que faire en cas de discordance?

La sécurité avant tout! Si une discordance est mise en évidence durant le «Team time out» (p. ex. l'absence de marquage) et que celle-ci ne peut pas être résolue sur place immédiatement, l'intervention doit être reportée jusqu'à clarification complète (pas d'incision!) (cf. chap. 6.3.5, p. 68s.).

Cette mesure vaut en particulier pour l'absence de marquage du site opératoire et d'autres discordances notables découvertes dans le cadre du «Team time out». S'il en résulte des retards importants ou une interruption temporaire du traitement, il convient d'en expliquer les raisons au patient et de lui exprimer ses regrets.

En savoir plus

Prophylaxie antibiotique

- Canadian Patient Safety Institute. safer healthcare now! Prevent Surgical Site Infections. September 2010. Available from: <http://www.saferhealthcare-now.ca/en/interventions/ssi/pages/default.aspx> [dernier accès le 12.11.2012]
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery, A national clinical guideline. 104; Juli 2008. Available from: www.sign.ac.uk [dernier accès le 24.8.2011]
- WHO Patient Safety. Safe Surgery Saves Lives, WHO Guidelines for Safe Surgery. 2009;54-7.
- Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Oct;29 Suppl 1:51-61.
- Erichsen AA, Bergh I, Eriksson B, Karlsson J, Nilsson K. The application of evidence-based measures to reduce surgical site infections during orthopedic surgery - report of a single-center experience in Sweden. *Patient Saf Surg* 2012 Jun 14;6(1):11.

| 3 SIGN OUT |
|---|
| Avant la sortie de l'opérateur avec l'équipe technique et infirmière, l'opérateur et l'anesthésiste |
| <input type="checkbox"/> Confirmation des actes chirurgicaux effectués |
| Confirmation |
| <input type="checkbox"/> Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc. |
| <input type="checkbox"/> sans objet |
| <input type="checkbox"/> Etiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire (description, nom, prénom et date de naissance) |
| <input type="checkbox"/> sans objet |
| Problèmes de matériel? |
| <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui (préciser) |
| Opérateur, anesthésiste et équipe technique et infirmière |
| <input type="checkbox"/> Information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient |

Sign out

Buts

Echanger les informations essentielles pour la sécurité des soins postopératoires afin de garantir la transmission des renseignements pertinents aux professionnels prenant la relève.

Signaler les incidents survenus durant l'intervention ou les dysfonctionnements matériels de sorte que les mesures nécessaires pour la sécurité des patients puissent être prises. Identifier rapidement et précisément les problèmes de matériel pour pouvoir y remédier. Eviter l'oubli involontaire de corps étrangers dans le corps du patient ainsi que les erreurs au niveau de l'étiquetage des prélèvements.

Quoi

- Confirmation des actes chirurgicaux effectués
- Confirmation du décompte correct des instruments, compresses et aiguilles, etc.
- Confirmation de l'étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire
- Information sur les problèmes de matériel
- Information sur les aspects principaux à prendre en compte (notamment les prescriptions) pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient

Comment

- Le coordonnateur de la liste de contrôle confirme avec l'opérateur et l'équipe les actes médicaux effectués.
- La personne responsable confirme oralement que le décompte final des instruments, compresses et aiguilles, etc. a été effectué et que le résultat est conforme.
- Un membre de l'équipe lit à voix haute les étiquettes de tous les prélèvements (nom du patient, description du prélèvement et localisation). Ces informations sont confirmées oralement par une autre personne de l'équipe.
- Tous les membres de l'équipe signalent les problèmes rencontrés au niveau du matériel.
- L'opérateur, l'anesthésiste et l'équipe technique et infirmière réfléchissent ensemble aux aspects relatifs au réveil et à la prise en charge postopératoire.

Quand/Où

Dans la salle d'opération, une fois l'intervention terminée (suture de la plaie), avant que l'opérateur ne quitte les lieux.

Qui

- Le coordonnateur de la liste de contrôle démarre et conduit la procédure.
- L'opérateur, l'anesthésiste et l'équipe technique et infirmière échangent les informations nécessaires.



Elucider immédiatement toute discordance

Il est conseillé aux institutions d'établir des directives et des critères uniformes pour les situations particulières et les circonstances exceptionnelles.

Quoi

Lors de cette étape, les points suivants sont vérifiés ou abordés:

- actes chirurgicaux effectués
- décompte correct des instruments, compresses et aiguilles, etc.
- étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire
- problèmes de matériel
- aspects principaux à prendre en compte (notamment les prescriptions) pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient (p. ex. installation postopératoire, mobilisation, alimentation, médication, soins de la plaie, etc.)

Pourquoi

Confirmation des actes chirurgicaux effectués

Cette information est importante pour assurer la sécurité des soins postopératoires, en particulier lorsqu'il y a eu des changements par rapport à l'intervention initialement prévue.

Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc.

Le décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc. vise à prévenir l'oubli involontaire de corps étrangers dans le corps du patient – erreur peu fréquente, mais qui existe, en Suisse aussi (67). Si le résultat n'est pas conforme, les mesures nécessaires doivent être prises (voir ci-après).

Étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire

Il s'agit d'éviter les erreurs dans l'étiquetage ou marquage des prélèvements, des formulaires et des récipients de laboratoire.

Problèmes de matériel

Les dysfonctionnements matériels ne sont pas rares dans un environnement de haute technicité tel que celui d'une salle d'opération. Il est donc important d'identifier rapidement et précisément les problèmes

pour s'assurer que des mesures seront prises pour y remédier et éviter que des instruments défectueux ne soient réutilisés.

Transmission d'informations pour la suite du traitement

Toutes les informations sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient opéré doivent être communiquées au sein de l'équipe et consignées dans le dossier du patient, de sorte que les personnes compétentes pour le suivi puissent en prendre connaissance. Sans cela, il existe le risque que des informations ou des prescriptions ne soient pas transmises, que des malentendus se produisent ou que les professionnels prenant le relais doivent mener des recherches fastidieuses pour se procurer les renseignements nécessaires ou qu'ils ne puissent plus les obtenir à temps auprès de la personne compétente.

Quand

Cette étape a lieu une fois l'intervention terminée (suture de la plaie), avant que l'opérateur ne quitte la salle d'opération.

Des études (2;68) et des déclarations d'experts indiquent que c'est pour cette partie de la liste qu'il est le plus difficile d'obtenir une bonne observance. On suppose que cela tient notamment au fait qu'il n'est pas évident, pour cette phase, de définir un moment exact pour passer en revue la liste de contrôle. Les professionnels participant à l'intervention quittent la salle d'opération à différents moments, ce qui ne permet pas de déterminer une fin précise. Afin que la communication et la bonne exécution des contrôles comme leur documentation soient garanties, il faut s'assurer que toutes les personnes dont la présence est nécessaire pour aborder cette partie de la liste sont encore dans la salle d'opération. C'est pourquoi il est recommandé de définir ce moment comme suit: «Lors de la suture de la plaie ou au plus tard avant que l'opérateur ne quitte la salle d'opération»¹³. A noter que cette phase précède largement la fin de l'anesthésie, étape particulièrement importante et non dénuée de risque. Il appartient à l'institution de déterminer le moment approprié et d'intégrer le «Sign out» comme élément à part entière dans le déroulement du processus.

¹³ Dans la liste de contrôle principale d'un hôpital universitaire suisse, ce moment est défini comme suit: «avant que le chirurgien ne quitte la salle d'opération».

Qui

Le coordonnateur de la liste de contrôle démarre et conduit la procédure.

L'opérateur, l'anesthésiste et l'équipe technique et infirmière doivent être présents pour l'échange d'informations.

Où

Cette étape a lieu dans la salle d'opération.

Comment

Confirmation des actes chirurgicaux effectués

Le coordonnateur confirme avec l'opérateur et l'équipe la nature exacte des actes chirurgicaux effectués. L'opérateur peut par exemple nommer l'intervention, qui est confirmée et notée par l'équipe technique et infirmière. Le coordonnateur peut aussi demander: «Quelle est la nature exacte de l'intervention?» ou dire: «Nous avons procédé à l'intervention xy», ce qui est confirmé par l'opérateur, qui répète verbalement le nom de l'acte chirurgical. Il est important que tout changement par rapport à l'intervention prévue soit documenté dans le dossier du patient.

Confirmation: Décompte correct des instruments, compresses et aiguilles, etc.

La personne responsable confirme oralement que le décompte final des instruments, compresses et aiguilles, etc. a été effectué et que le résultat est conforme. Si ce n'est pas le cas, l'équipe doit être alertée de façon à prendre les mesures voulues (p. ex. recompter, examiner les champs opératoires, les poubelles, la plaie ou, le cas échéant, pratiquer des radiographies). Ce point de la liste doit être complété par une énumération exhaustive des instruments et du matériel à compter, à adapter localement en fonction de la spécialité et du type d'intervention.

Confirmation: Etiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire (description, nom, prénom et date de naissance)

L'équipe doit confirmer que tous les prélèvements ont été étiquetés ou marqués correctement et vérifier la concordance avec les indications figurant sur les formulaires et les récipients de laboratoire (nom, prénom et date de naissance du patient; description du prélèvement et localisation, en indiquant le site

et le côté). A cette fin, un membre de l'équipe lit à voix haute ces informations, qui sont confirmées oralement par une autre personne de l'équipe. Les erreurs d'étiquetage ou de marquage peuvent avoir des conséquences désastreuses et causer de graves incidents.

Problèmes de matériel?

Le coordonnateur s'assure que les membres de l'équipe signalent, le cas échéant, les dysfonctionnements matériels survenus.

Information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient

L'opérateur, l'anesthésiste et l'équipe technique et infirmière réfléchissent ensemble aux aspects relatifs au réveil et à la prise en charge postopératoire. Ce faisant, ils se concentrent en particulier sur le déroulement de l'intervention et de l'anesthésie, sur les éventuels incidents survenus durant l'opération et sur les risques qui pourraient avoir une influence sur la phase postopératoire. Il s'agit de noter en particulier les éléments et les problèmes qui ne sautent pas forcément aux yeux du personnel chargé de suivre le patient après l'opération, sachant qu'il n'a pas assisté à l'intervention. Le but consiste à échanger les informations essentielles pour permettre une transmission efficace et appropriée des renseignements critiques au personnel chargé de la prise en charge postopératoire. Les prescriptions ou les indications relatives au suivi sont inscrites sur des documents distincts prévus à cette fin. Selon le type d'intervention, cette rubrique de la liste de contrôle peut être ajoutée à une checklist locale contenant les points à clarifier et à régler pour la phase postopératoire, comme l'a fait par exemple un hôpital universitaire suisse. La formulation des points sous forme de questions structurées facilite le traitement de la liste.

La liste de contrôle s'achève sur cette dernière étape. Si la procédure interne à l'établissement le prévoit, elle peut être signée par le coordonnateur et jointe au dossier du patient. Le cas échéant, elle peut être utilisée pour évaluer l'observance (cf. chap. 6.3.5, p. 70).

Options

Cette partie de la liste de contrôle peut et doit être complétée localement en fonction de la spécialité ou

du type d'intervention. Ceci vaut en particulier pour la confirmation du décompte correct des instruments, compresses et aiguilles, etc. et l'information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient. Certaines institutions exigent aujourd'hui déjà des prescriptions écrites, sur lesquelles ces points sont notés sous forme de mots-clés, par exemple dans un formulaire.

En savoir plus

Prévention de l'oubli involontaire de corps étrangers

- Aktionsbündnis Patientensicherheit. Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet. <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/09-11-21%20BFK%20Empfehlung%20Endf.pdf> [dernier accès le 28.7.2012].
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. Jeder der Tupfer zählt! Glossar zu den Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet, 2009. <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/Glossar%20JTZ%20Internet.pdf> [dernier accès le 28.7.2012].
- AORN Recommended Practices Committee. Best practices for preventing a retained foreign body. AORN 2006; 84 (Suppl) 30-36.
- Drösler SE et al. Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. International Journal for Quality in Health Care 2009; 1-7.
- Veterans Health Administration. Prevention of Retained Surgical Items. Prevention of retained surgical items. VHA Directive 2010; 7. http://www1.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2186, [dernier accès le 28.7.2012].

6 | 3 | 5 | Aspects spécifiques et situations particulières

Les chapitres précédents étaient consacrés à l'application concrète des vérifications essentielles pour la sécurité et de la liste de contrôle «Sécurité chirurgicale», aux informations de fond ainsi qu'aux questions fréquemment posées concernant leur utilisation. Vous trouverez ci-après des commentaires sur des aspects spécifiques des vérifications à effectuer et de la liste de contrôle employée au bloc opératoire ainsi que sur des situations particulières.

Que faire lorsque des discordances ou des erreurs sont découvertes lors des vérifications?

Un seul principe: la sécurité avant tout!

Toute discordance mise en évidence lors des vérifications de sécurité doit être entièrement résolue. Si une erreur est découverte durant la phase préopératoire par exemple, telle qu'un nom mal orthographié, elle doit être corrigée sur-le-champ.

S'il n'est pas possible de clarifier immédiatement le problème sur place, l'intervention doit être reportée jusqu'à résolution complète (pas d'incision!). C'est notamment le cas lorsque le site opératoire n'est pas marqué (partie «Sign in» de la liste) ou que des erreurs ou discordances sont découvertes lors des vérifications ultimes (partie «Team time out»). S'il en résulte des retards importants ou une interruption temporaire du traitement, il convient d'en expliquer les raisons au patient et de lui exprimer ses regrets.

Certes, il peut être agaçant de devoir tout arrêter. Mais le bénéfice de l'interruption (éviter une catastrophe potentielle) justifie la perte de temps et les désagréments que cela peut causer. La crainte que le patient puisse mal réagir ou faire appel à la justice ne saurait peser dans la balance. Le risque existe que le patient intente une action en justice, par exemple lorsque l'intervention est interrompue alors que l'anesthésie avait déjà été effectuée, même si cette mesure a été prise pour son bien. Ce risque reste toutefois limité face à celui, autrement plus important, de poursuite en cas d'erreur de site opératoire. Dans leur majorité, les patients se montreront compréhensifs – et seront moins enclins à saisir la justice – si on leur explique qu'il s'agit d'une mesure de sé-

curité et si l'on s'excuse pour les désagréments subis. De plus, la décision d'interrompre une intervention montre clairement à tous que la sécurité est prise très au sérieux. Au sein de l'institution, elle envoie un signal positif qui favorise le respect des règles de sécurité, puisque l'interruption met en évidence de manière manifeste le résultat de leur non-observation (signal à valeur préventive et éducative). Si, à l'inverse, l'attitude adoptée n'est pas conséquente, rien ne s'opposera ultérieurement aux comportements incohérents et arbitraires en cas de discordances, ni aux violations des normes de sécurité. Les industries à hauts risques le savent bien: laisser faire et tolérer le non-respect des normes, l'absence de discipline et l'application aléatoire des mesures de sécurité signent la mort de la culture de la sécurité et font le lit des catastrophes.

Comment procéder lorsqu'il s'agit d'une intervention d'urgence ou d'une réopération immédiate?

En principe, les vérifications concernant l'identité du patient et l'intervention, de même que les autres contrôles, doivent également être effectués lorsqu'il s'agit d'une intervention d'urgence ou d'une réopération immédiate. Selon le degré d'urgence ou le temps disponible, ces contrôles ne seront pas toujours possibles ni indiqués. Souvent, la personne qui prend la décision d'opérer est cependant aussi celle qui effectue l'intervention, si bien que le risque d'erreur est minime.

Afin de garantir une procédure standardisée en cas d'intervention d'urgence ou de réopération immédiate, il est néanmoins recommandé d'effectuer une analyse des situations et processus d'urgence, puis d'établir des directives et des critères uniformes. Le principe est le suivant: appliquer les mêmes règles dans les limites du raisonnable.

Comment procéder pour les interventions ambulatoires?

En principe, la liste de contrôle et les recommandations s'appliquent aussi aux interventions ambulatoires. Selon l'organisation et la taille de l'établissement, il est néanmoins possible d'adapter certaines étapes ou de laisser de côté des points de la liste.

Que faire lorsqu'un patient ne peut pas répondre aux questions concernant son identité?

Certains patients peuvent être limités dans leurs capacités de communication ou ne pas du tout être en mesure de répondre aux questions qui leur sont posées. Exemples: les enfants, les patients de langue étrangère, les malentendants, les personnes atteintes de démence, de troubles psychiques ou d'un handicap mental grave ainsi que les patients inconscients ou admis en urgence. Dans ces situations, il convient de faire appel, dans la mesure du possible, aux proches, aux personnes chargées d'assister le patient ou à un interprète. La concordance doit dans tous les cas être vérifiée à l'aide du dossier du patient ou d'un système d'identification approprié.

Que faire lorsqu'il n'est pas possible de procéder au marquage?

Le marquage du site opératoire n'est pas possible pour certaines interventions et chez certaines catégories de personnes. A chaque fois qu'un marquage ne peut être effectué, le cas doit être documenté. De plus, l'institution devrait avoir édicté une liste énumérant les situations dans lesquelles il n'est pas possible de procéder au marquage et définissant une procédure de sécurité alternative (cf. chap. 6.2.2, p. 40s.).

Que faire lorsqu'un patient refuse de participer?

L'information complète donnée au patient devrait l'aider à comprendre le sens et l'utilité des mesures prises en vue d'éviter les erreurs de site opératoire. Une première information peut lui être adressée sous forme de lettre type, mais le sujet doit dans tous les cas être abordé lors d'un entretien personnel entre le médecin et le patient. Il importe de faire comprendre à ce dernier que les contrôles de sécurité redondants et les questions répétées ne sont pas un signe d'incertitude, mais au contraire le reflet d'une culture de la sécurité professionnelle. Si le patient refuse malgré tout de répondre aux questions ou s'oppose au marquage, il convient de le documenter dans son dossier. En pareil cas, les autres mesures de sécurité prennent une importance d'autant plus grande (p. ex. vérification de la concordance avec le dossier, système d'identification, etc.).

Faut-il considérer la liste de contrôle comme un instrument indépendant ou comme un élément du dossier du patient?

La liste de contrôle est un instrument de travail pour l'équipe chirurgicale. Elle a pour but de garantir que

les vérifications essentielles pour la sécurité sont effectuées et que les informations requises sont échangées. Elle n'a pas été conçue comme un document à intégrer dans le dossier du patient.

D'aucuns pourraient être tentés de se couvrir juridiquement en ajoutant au dossier du patient une liste de contrôle dont tous les points sont soigneusement cochés. Ce serait toutefois dénaturer le sens et la fonction de la liste, en soulevant de nouvelles questions de responsabilité qui ne favorisent pas une application correcte de cet instrument. Ce n'est pas le fait de cocher les rubriques de la liste qui améliore la sécurité des patients, mais l'application conjointe des vérifications et la communication structurée. La liste de contrôle n'est que le moyen de parvenir à cette fin.

Faut-il cocher la liste de contrôle ou la signer?

Les listes de contrôle chirurgicales sont souvent cochées ou signées dans les établissements où elles sont utilisées. A relever que le fait de cocher les rubriques risque de détourner l'attention de l'échange verbal et de la confirmation orale des informations nécessaires, qui sont la raison d'être de la liste. En ce qui concerne la signature, il convient de déterminer clairement où elle est apposée (sur la liste ou dans le dossier du patient) et ce qu'elle signifie. Le coordonnateur peut uniquement attester qu'une partie ou un point de la liste a été traité et non qu'une information complète et correcte a été donnée. Ces deux mesures – cocher les rubriques et signer le document – ne sont pas nécessaires pour réaliser l'objectif premier de la liste ni fondamentalement utiles à son application comme instrument pour la sécurité. Néanmoins, elles peuvent tout à fait répondre à certains besoins, tels que l'évaluation de l'observance.

Que peut-on ajouter à la liste de contrôle?

Les institutions qui considèrent la liste de contrôle comme un élément du dossier y ajoutent souvent une étiquette du patient et d'autres informations, telles qu'un champ à cocher lorsque le point est sans objet ou des champs prévus pour des remarques. A des fins d'évaluation, un groupe hospitalier suisse a numéroté tous les points figurant sur la liste et créé un champ dans lequel le coordonnateur peut inscrire le numéro d'un point qui pose ou pourrait poser problème. Parfois, les données suivantes sont également ajoutées: salle d'opération, heure d'entrée au bloc, interven-

tion d'urgence, type d'anesthésie, date et type d'intervention ou règles relatives à l'utilisation de la liste. La décision d'inscrire une information supplémentaire doit toujours être prise en respectant le critère suivant: la liste doit pouvoir remplir pleinement son rôle d'instrument de sécurité. Chaque adjonction réduit sa lisibilité et sa clarté. La mise en page et la structure de la liste sont des éléments importants pour en garantir une utilisation efficace (cf. chap. 7.5, p. 79).

Rappel

Il est conseillé aux institutions d'établir des directives et des critères uniformes pour les situations particulières et les circonstances exceptionnelles.



7 | Mise en œuvre efficace de la liste de contrôle chirurgicale

7 | Mise en œuvre efficace de la liste de contrôle chirurgicale

Vous trouverez dans ce chapitre les connaissances de base nécessaires ainsi que des conseils pratiques pour réussir la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale. Il réunit les principaux enseignements tirés de la campagne «Prévention des erreurs de site opératoire» menée par la Fondation pour la Sécurité des Patients, mais aussi des avis d'experts et de la littérature récente consacrée aux évaluations de différentes interventions réalisées en utilisant une liste de contrôle chirurgicale. Les recommandations issues de la campagne de l'OMS «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies» ainsi que de l'initiative lancée par l'association des hôpitaux de Caroline du Sud «Safe Surgery 2015» (23;30) ont également été largement prises en compte. Des informations complémentaires et plus spécifiques sont en outre mises en évidence dans des encadrés gris.

7 | 1 | Conditions préalables: évolution des mentalités, connaissances et engagement des cadres

Pour produire les effets escomptés, la liste de contrôle chirurgicale doit être appliquée correctement. Autrement dit, il s'agit de l'utiliser lors de chaque opération et de passer soigneusement en revue tous les points qui y sont consignés (observance de 100%) (34;68). Un certain nombre de conditions de base doivent être réunies pour atteindre une observance élevée et durable et garantir une mise en œuvre réussie de la liste de contrôle chirurgicale (69). Il est notamment capital d'informer les personnes concernées sur l'importance que revêt son utilisation pour la sécurité des patients, non seulement pour qu'elles en acceptent le principe, mais aussi pour qu'elles s'efforcent d'en faire un usage correct et conforme au but visé.

Il est également important de mettre sur pied et d'encourager une culture de la sécurité, ce qui présuppose une culture de la communication et de la confiance ainsi qu'une gestion offensive des erreurs, qui doivent être décelées à temps ou évitées. Concrètement, il convient d'anticiper les événements indésirables potentiels et de les signaler à tous les intervenants afin que chacun puisse s'y préparer de manière optimale. Il est impératif d'associer dès le départ tous les groupes professionnels concernés à la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale – une pratique encore peu courante en médecine. L'engagement des cadres et des promoteurs est lui aussi essentiel (67-69), car ils

jouent un rôle majeur dans toutes les phases d'application, notamment en mettant à disposition les ressources nécessaires et en créant les conditions cadres appropriées. Parmi ces dernières figurent par exemple l'adaptation minutieuse de la liste de contrôle chirurgicale ainsi que l'organisation de formations et d'entraînements en vue de son utilisation. Les cadres doivent, à titre de soutien explicite, exiger l'application de la liste de contrôle chirurgicale et assumer leur fonction de modèles, contribuant ainsi de manière décisive à ce que la mise en œuvre correcte de la liste de contrôle chirurgicale devienne une norme sociale (cf. encadré 2, p. 75).

Les deux chapitres ci-après (7.2 et 7.3) traitent de manière approfondie de la communication – partie intégrante de la culture de la sécurité – ainsi que de l'importance des connaissances et de l'attitude des professionnels concernés pour une application efficace de la liste de contrôle chirurgicale. Les chapitres suivants (7.4 à 7.7) sont eux consacrés aux recommandations pratiques.

Principales conditions préalables pour une application efficace de la liste de contrôle chirurgicale

Objectifs à atteindre

- Utiliser la liste de contrôle chirurgicale lors de chaque opération et passer soigneusement en revue tous les points figurant dans les différentes parties qui la composent (observance de 100%)
- Informer largement les personnes concernées sur la problématique et la promotion de la sécurité des patients, le but et l'application de la liste de contrôle chirurgicale
- Faire évoluer les mentalités en ce qui concerne la gestion des erreurs ainsi que la communication et la collaboration au sein des équipes

Conditions pour la réalisation de ces objectifs

- Les cadres supérieurs soutiennent explicitement la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale, en exigent l'utilisation et assument la fonction de modèles
- L'application correcte de la liste de contrôle chirurgicale est établie à titre de norme sociale
- La disposition et la motivation à utiliser la liste de contrôle chirurgicale sont encouragées auprès de tous les intervenants concernés
- Les conditions cadres permettant une application correcte de la liste de contrôle chirurgicale sont mises en place (p. ex. adaptation du document et transmission des informations dans l'ensemble de l'établissement)

7 | 2 | Communication ouverte: une composante indispensable pour la culture de la sécurité

Tout le monde commet des erreurs, même les professionnels dont les compétences sont excellentes et reconnues comme telles. Si l'on veut garantir un niveau de sécurité élevé, ce constat ne doit pas être perdu de vue: l'accepter est une des composantes majeures de toute culture de la sécurité. D'un point de vue systémique, une erreur n'est pas une défaillance individuelle. Le système – processus intégrés et interactions inclus – doit être conçu de manière à déceler les erreurs au plus vite, à les atténuer, voire à les éviter. Encourager une communication ouverte sur les erreurs, anticiper les événements indésirables et en signaler la survenance possible sont donc des facteurs essentiels pour la culture de la sécurité. Dans une étude publiée récemment («The Silent Treatment»), Maxfield et al. montrent qu'il est urgent de faire évoluer les mentalités afin que les membres d'une équipe osent faire part ouvertement d'erreurs qu'ils auraient observées ou de

doutes plutôt que de se taire (70). Selon cette étude, il leur est en particulier difficile de parler de règles non respectées, de soutien insuffisant, d'incompétence de leurs pairs ainsi que de manque de collaboration et de respect au sein de leur équipe, mais aussi de formuler leurs préoccupations ou de signaler un comportement fautif. Or une culture ouverte de la communication et de la confiance est indispensable pour que les collaborateurs – tous niveaux hiérarchiques confondus – qui passent en revue les points d'une liste de contrôle chirurgicale prennent la parole et expriment clairement leurs remarques ou leurs incertitudes. «Speak up»: telle est l'expression utilisée dans ce contexte par les anglophones, qui peut être traduite par «intervenez». Pour qu'ils puissent le faire, il faut cependant que les autres membres de l'équipe et, surtout, les cadres manifestent leur volonté et leur soutien en ce sens. Il est notamment primordial que les doutes soient entendus, pris au sérieux et examinés par tous, ce qui requiert de leur part d'être sensibilisés à des modèles parfois inconscients (cf. encadré 1).

Encadré 1

Parler ou se taire?

Dans son livre «Safe Patients, Smart Hospitals», Peter Pronovost, anesthésiste renommé et pionnier dans le domaine de la sécurité des patients, a mis en évidence les modèles inconscients qui prédominent au quotidien dans la communication au sein des établissements hospitaliers sur la base de l'exemple suivant (71): soucieux d'améliorer l'échange d'informations, il a chargé une infirmière formée en sécurité des patients de l'accompagner un jour dans ses visites du matin. Il lui a ensuite demandé si elle avait relevé quelque chose de particulier, lui-même étant convaincu qu'elles s'étaient bien déroulées. L'infirmière était un peu étonnée que personne n'ait rien remarqué. Pour sa part, elle avait observé lors d'une visite que l'infirmière responsable, qui était en train de donner des informations sur le traitement du patient, avait arrêté de parler lorsqu'un médecin-chef était entré dans la chambre et s'était placé entre elle et P. Pronovost. Aucune des personnes présentes n'en avait pris conscience.

Interrogée par P. Pronovost, l'infirmière concernée a confirmé l'incident et déclaré qu'elle s'était sentie consternée et très mal à

l'aise, car elle avait eu l'impression que ce qu'elle disait n'était pas important.

En l'occurrence, la personne ayant fait part de son observation a permis de mettre le doigt sur une erreur grave et d'éviter des conséquences préjudiciables pour le patient, car l'infirmière avait été interrompue avant de communiquer une information importante pour le traitement.

Des enquêtes portant sur la psychologie de l'organisation révèlent que, face à une situation critique, les collaborateurs ont tendance à peser le pour et le contre avant d'intervenir (72). S'ils estiment que, pour eux, les risques l'emportent sur les avantages, ils choisissent de se taire. C'est manifestement l'attitude qu'a adoptée l'infirmière dans notre exemple: le risque de se faire remarquer par des propos qui auraient peut-être été jugés insignifiants avait davantage de poids que le préjudice qu'aurait pu subir le patient, de sorte qu'elle avait décidé de ne pas en dire plus.

7 | 3 | Connaissances et attitude des professionnels concernés

Le fait pour les collaborateurs de savoir pourquoi et comment la liste de contrôle chirurgicale doit être appliquée est capital pour en garantir la mise en œuvre (cf. chap. 5, p. 26 ss). Pour qu'ils en saisissent le but et le type d'utilisation, il est important de leur transmettre les aspects essentiels, les objectifs et le mode d'emploi bien sûr, mais aussi les informations complémentaires nécessaires. Il s'agit notamment de leur faire prendre conscience des problèmes liés à la sécurité des patients en chirurgie et comprendre comment les incidents surviennent et peuvent être évités. Avant toute chose également, le besoin d'amélioration au niveau de la collaboration et de la communication au sein de l'équipe doit être reconnu par toutes les personnes concernées (73;74). La qualité de ces deux paramètres est en effet perçue de manière diverse selon la position hiérarchique et le groupe professionnel (63): les cadres, par exemple, ont tendance à sous-estimer ce besoin (73).

Si les collaborateurs sont conscients de l'importance et de la fonction de la liste de contrôle chirurgicale et comprennent le but de sa mise en œuvre, ils auront une attitude positive face à son utilisation et à d'autres vérifications essentielles pour la sécurité, ce qui joue un rôle primordial pour leur motivation à l'appliquer et à changer leur comportement. Deux autres facteurs sont également décisifs: les normes sociales perçues subjectivement et l'appréciation – subjective elle aussi – leur permettant de déterminer comment ils peuvent influencer sur leur comportement et se résoudre à utiliser la liste de contrôle chirurgicale (cf. encadré 2, p. 75). L'accent doit donc être mis sur l'attitude et le changement de comportement si l'on veut que son application porte ses fruits. A cette fin, il convient d'une part que les connaissances nécessaires soient transmises sans délai dans l'ensemble de l'établissement et que leur contenu soit axé sur les groupes cibles et, d'autre part, que les cadres et les médecins agréés créent les conditions cadres appropriées, assument leur fonction de modèles et exigent une utilisation correcte de la liste de contrôle chirurgicale.

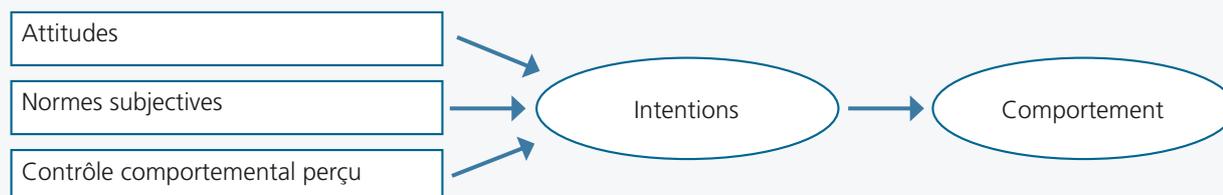
Encadré 2

Facteurs d'influence sur les changements de comportement¹⁴

Changer de comportement suppose une forte intention individuelle. Nous pouvons partir du principe que si les professionnels concernés sont fermement décidés à utiliser la liste de contrôle chirurgicale, ils en feront effectivement un usage quotidien. Le

modèle de la théorie du comportement planifié élaboré par Ajzen met en évidence les facteurs influant sur l'intention de modifier son comportement:

Modèle de la théorie du comportement planifié (présentation simplifiée)



Pour l'utilisation de la liste de contrôle chirurgicale, les trois facteurs cités par Ajzen peuvent être interprétés de la manière suivante:

- Attitudes: attitudes face à la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale
- Normes subjectives: normes sociales perçues subjectivement lors de son utilisation
- Contrôle comportemental perçu: perception subjective quant à la possibilité de l'appliquer au quotidien dans le domaine opératoire

Les trois facteurs d'influence sont commentés ci-dessous.

1. Attitudes

Les attitudes personnelles face à la sécurité des patients ainsi qu'à la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale, son application et la perception de son efficacité – qui ont une grande influence sur l'intention de chacun de l'utiliser – sont d'ordre instrumental et affectif. Les premières font référence à l'avantage d'un comportement («La liste de contrôle chirurgicale améliore la sécurité des patients.») et les secondes aux composantes émotionnelles liées à la mise en œuvre («Utiliser la liste de contrôle chirurgicale n'est pas dans nos habitudes.» ou «Il est déplaisant que le personnel opératoire exprime librement ses doutes.»).

2. Normes sociales perçues subjectivement (= normes subjectives)

On entend par normes sociales les exigences ou les attentes face aux comportements individuels dans des situations sociales données. Elles perdurent même si elles sont enfreintes. Dans un contexte professionnel, le respect des normes sociales est contrôlé par des collègues ou des supérieurs hiérarchiques et leur violation peut entraîner des sanctions. Il est établi qu'elles ont, dans le domaine de la sécurité en général, une grande influence sur le com-

portement. Partant de ce constat, une forte motivation à les observer ne peut que favoriser une utilisation efficace de la liste de contrôle chirurgicale. A contrario, les effets seront obligatoirement réduits à néant si le médecin-chef du service de chirurgie ou d'anesthésie glisse incidemment: «Bon, passons au Team time out, mais dépêchons-nous, le temps presse!» ou s'exclame, lorsqu'un membre de l'équipe opératoire signale un risque: «On n'a pas le temps de parler de ces détails, allons-y!».

3. Contrôle comportemental perçu

Dans notre contexte, le contrôle comportemental consiste pour les professionnels concernés à apprécier subjectivement comment ils peuvent influencer sur leur comportement pour que l'utilisation de la liste de contrôle chirurgicale devienne une intention. Pour y arriver, il est important qu'ils parviennent à la conclusion qu'ils en sont capables et qu'ils identifient les éléments qui les encouragent à le faire ou, au contraire, les retiennent. Les conditions cadres en vue de la mise en œuvre de la liste doivent donc être élaborées de manière qu'ils aient le sentiment d'être aptes à bien utiliser la liste au quotidien. A cette fin, il faut notamment intégrer de façon optimale les vérifications de sécurité et la liste de contrôle chirurgicale dans les processus, prévoir une répartition claire et pertinente des rôles, des responsabilités et des démarches escomptées de la part des personnes chargées de passer en revue les différents points.

A relever que le modèle d'Ajzen ne prend pas en compte le fait que l'adoption de nouveaux comportements ne dépend pas uniquement des intentions individuelles, en particulier lorsque les personnes concernées sont confrontées à un environnement social fort (75) et que le comportement de l'équipe influe sur celui de chacun de ses membres.

¹⁴ D'après le modèle «Theory of Planned Behavior» (Théorie du comportement planifié) d'Icek Ajzen.

7 | 4 | Mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale: procédure

Étapes essentielles

- Constituer une équipe «liste de contrôle» composée de membres des différents groupes professionnels concernés
- Analyser la situation en vigueur et définir les étapes en vue de la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale
- Effectuer les travaux préparatoires pour en définir le contenu (p. ex. l'adapter et la tester)
- Prendre en compte les relevés d'évaluation pour en garantir une utilisation durable et efficace

La décision de mettre en œuvre la liste de contrôle chirurgicale doit être prise au plus haut niveau. Dans l'idéal, il convient d'y associer les responsables des principaux groupes professionnels (médecins cadres et agréés des services de chirurgie et d'anesthésie, direction du personnel opératoire et du personnel infirmier) ainsi que la personne chargée de la gestion des risques cliniques. Ils doivent également participer à la planification et à l'organisation du projet de même qu'à la désignation du chef appelé à le mettre sur pied. Cette procédure est incontournable pour que la liste de contrôle chirurgicale produise les effets voulus.

Créer des structures de projet appropriées

Le chef de projet doit être épaulé par une équipe «liste de contrôle» composée de membres des groupes professionnels concernés, si possible déjà convaincus de l'efficacité de la liste. Les groupes professionnels suivants devraient y être représentés:

- responsables de la qualité et de la gestion des risques
- chirurgiens
- anesthésistes
- infirmiers anesthésistes
- personnel opératoire
- personnel infirmier

Le chef de projet doit associer l'équipe aux principales phases du processus visant à la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale.

Analyser la situation et définir les différentes étapes

Pour définir la procédure et les priorités en vue de mettre en œuvre la liste de contrôle chirurgicale, il convient d'effectuer au préalable une analyse de la situation portant notamment sur les questions suivantes:

- Quelle est la culture en vigueur dans l'établissement en matière de gestion des erreurs médicales?
- La liste de contrôle chirurgicale est-elle déjà appliquée en partie dans l'institution ou quelques divisions ont-elles déjà recueilli des expériences quant à son utilisation?
- Si la liste est appliquée, l'est-elle correctement? Pose-t-elle des problèmes d'utilisation? Si oui, lesquels?
- Quel accueil les collaborateurs réservent-ils à la liste de contrôle chirurgicale?
- Y a-t-il au sein de l'établissement des personnalités reconnues qui pourraient assumer la fonction de modèles pour sa mise en œuvre?
- Quelle serait la division appropriée pour une phase de test?
- Quels canaux de communication peuvent être utilisés pour transmettre les informations nécessaires?

Une fois ces questions résolues, l'équipe de projet peut déterminer les différentes étapes et la planification détaillée pour la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale ainsi que pour les mesures com-

plémentaires (p. ex. séances d'information, formations ou relevés d'évaluation).

Exemples d'étapes envisageables pour les travaux préparatoires au niveau du contenu et de l'organisation ainsi que pour l'introduction de la liste de contrôle chirurgicale:

- adapter la liste de contrôle chirurgicale au contexte local et aux exigences spécifiques (cf. chap. 7.5, p. 77 ss)
- adapter les procédures préopératoires en y intégrant les mesures et vérifications de sécurité essentielles, phase de test incluse
- établir une stratégie pour que la liste de contrôle chirurgicale soit utilisée dans l'ensemble de l'établissement
- définir des mesures complémentaires (p. ex. transmission des savoirs requis aux professionnels concernés, travail de motivation avec des promoteurs)
- élaborer une stratégie de communication comprenant notamment des entraînements, des débriefings et des informations aux patients (cf. chap. 7.6, p. 79 ss)
- développer une stratégie d'évaluation (cf. chap. 7.7, p. 82) prévoyant des évaluations avant et après la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale (p. ex. questionnaire sur le climat de sécurité ou observations relevées au bloc opératoire) afin de savoir comment elle est appliquée d'une part, et de définir des mesures pour une utilisation durable d'autre part.

7 | 5 | Adaptation de la liste de contrôle chirurgicale

La liste de contrôle chirurgicale proposée ici par la Fondation pour la Sécurité des Patients a été établie sur la base de nombreuses expériences. Elle contient les principaux éléments garantissant, selon l'état actuel des connaissances, la sécurité chirurgicale en Suisse. Rédigée en termes généraux, elle peut être utilisée dans les différentes disciplines opératoires.

Nous recommandons à tous les hôpitaux d'examiner la liste de contrôle «Sécurité chirurgicale» avant de l'introduire et, au besoin, de la remanier afin que toutes les étapes puissent être mises en œuvre sans difficulté. Il leur faudra peut-être également adapter ou redéfinir les vérifications préopératoires et les processus en vigueur et – selon la spécialité ou le domaine – les revoir ou les expliciter (76).

Adaptation de la liste de contrôle chirurgicale – Procédure

La manière selon laquelle la liste de contrôle chirurgicale est adaptée est à nos yeux un des facteurs clés en vue de sa mise en œuvre. Nous recommandons de procéder en observant les étapes suivantes:

1. Constituer pour le processus de mise en œuvre une équipe composée de membres de tous les groupes professionnels concernés
2. Adapter la liste de contrôle chirurgicale aux conditions locales (cf. les instructions ci-après)
3. La tester en premier lieu hors du bloc opératoire et procéder aux modifications nécessaires (cf. la remarque ci-après)
4. La tester ensuite au bloc opératoire, si possible avec la même équipe
5. Organiser un débriefing pour faire le point et effectuer les corrections nécessaires
6. Utiliser la liste de contrôle chirurgicale une journée entière pour chaque patient avec la même équipe et définir d'éventuelles adaptations lors d'un nouveau débriefing
7. Apposer le logo de l'établissement sur la liste de contrôle chirurgicale

Une fois ces étapes franchies, la liste de contrôle chirurgicale peut être mise en œuvre, mais il convient de prévoir d'ores et déjà une évaluation, voire une adaptation.

Remarque concernant le point 1

(constituer une équipe): les membres de l'équipe désignée pour assurer le processus de mise en œuvre doivent être choisis parmi les groupes professionnels concernés afin de recueillir les points de vue et besoins des représentants des différentes disciplines opératoires. Ce mode de faire favorise la collaboration et, partant, une mise en œuvre réussie de la liste de contrôle chirurgicale. Le fait de les associer à son adaptation suscite en outre chez eux un sentiment de coresponsabilité, facteur essentiel pour son application efficace et durable.

Remarque concernant le point 3

(tester la liste de contrôle chirurgicale hors du bloc opératoire): le feed-back en temps réel par le personnel opératoire étant important pour que l'adaptation et l'intégration de la liste de contrôle chirurgicale dans les processus de soins portent leurs fruits, il convient si possible de la tester au préalable par simulation. Les membres de l'équipe peuvent par exemple se réunir autour d'une table d'opération et passer en revue les différents points de la liste ou – mieux encore – la tester dans un centre de simulation.

Beaucoup d'institutions appliquent déjà des listes de contrôle de ce type ainsi que d'autres méthodes pour garantir la fiabilité de certains processus. Nombre d'hôpitaux effectuent par exemple un «Team time out». Ces établissements vont devoir adapter, préciser ou compléter leurs mesures de sécurité/listes de contrôle sur la base de la liste «Sécurité chirurgicale». Ces modifications sont possibles dans tous les domaines ou presque et leur intégration dans les documents existants est simple et logique.

Adaptation de la liste de contrôle chirurgicale: conditions de base

Collaboration et communication au sein de l'équipe

Les points de la liste de contrôle chirurgicale visant à favoriser la communication au sein de l'équipe jouent un rôle essentiel pour renforcer la sécurité des patients¹⁵. Ils ne doivent pas être supprimés, car ils permettent de modifier de façon positive les rapports entre les membres de l'équipe chirurgicale. Le fait de devoir se présenter, par exemple – premier point du «Team time out» –, améliore la communication. La procédure à adopter lorsque les mêmes personnes travaillent ensemble toute la journée est décrite au chapitre 6.3.3, p. 60.

La liste de contrôle chirurgicale comprend avant tout les éléments les plus critiques qui ne font pas l'objet d'une surveillance suffisante par le biais d'autres instruments de sécurité. Comme l'attestent entre autres

les expériences enregistrées dans l'aviation, chaque partie devrait compter entre cinq et neuf points. S'il s'avère que certains points sont déjà contrôlés de façon concluante par un système de sécurité établi, ils peuvent être laissés de côté.

Concision

La liste de contrôle chirurgicale doit être intégrée dans les processus de traitement et dans le déroulement du travail des personnes concernées. Passer en revue une de ses parties ne devrait donc pas prendre plus d'une minute. La liste doit être formulée de manière brève et concise.

Clarté

Les différents points de la liste de contrôle chirurgicale doivent chacun correspondre à une action spécifique et précise et les compétences des membres de l'équipe être définies de manière claire et explicite, car ceux-ci seront déconcertés et ne sauront que faire s'ils ne voient pas de lien direct. Si, par exemple, ils ne savent pas comment confirmer que le nombre d'instruments, de compresses, etc. est correct au moment du «Sign out», ils risquent d'être déroutés, vu qu'ils les ont déjà comptés. Des incertitudes de ce type peuvent se traduire par une attitude émotionnelle moins positive face à la liste de contrôle chirurgicale. Lors de l'élaboration du document, il est recommandé de lire les points qui y figurent à haute voix, afin de s'assurer qu'ils sont bien formulés et appropriés pour le travail quotidien au bloc opératoire.

Echange oral

Pour que la liste de contrôle chirurgicale produise les effets escomptés, les membres de l'équipe doivent

¹⁵ Recommandation formulée dans le cadre des campagnes «Safe Surgery 2015» (Caroline du Sud) et «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies» (OMS), toutes deux menées par le Prof. Atul Gawande

tous parler à voix haute. La liste perd beaucoup de son efficacité si certains d'entre eux passent en revue et cochent les différents points en silence.

Autres recommandations et exemples de listes de contrôle chirurgicales adaptées

Mise en page et structure

- Il convient d'opter pour un format simple et pour une mise en page bien structurée, afin que la liste de contrôle chirurgicale soit bien lisible pour l'équipe chirurgicale: gros caractères, texte foncé sur fond clair et nombre de couleurs limité (77). Pour répondre à ces critères, on peut éventuellement prévoir un document distinct pour chacune des parties de la liste de contrôle.
- La mise en page dépend des fonctions supplémentaires prévues (p. ex. insertion dans le dossier du patient ou instrument d'évaluation) (cf. chap. 6.3.5, p. 69s.). Si la liste de contrôle chirurgicale est utilisée «uniquement» comme instrument de sécurité, certains points peuvent en être exclus. Attention: le fait d'ajouter d'autres fonctions risque de l'alourdir au point qu'elle perde en clarté.
- Pour éviter que plusieurs versions circulent au sein d'un même établissement, il est recommandé d'y apposer un numéro et une date.

Exemples de mise en œuvre

Partout dans le monde – y compris en Suisse –, plusieurs institutions ont remanié la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale élaborée par l'OMS pour l'adapter à leur environnement spécifique et/ou à leurs disciplines. Le site internet de la Fondation pour la Sécurité des Patients (www.securitedespateurs.ch) publie des exemples de listes modifiées ainsi que des liens pour en savoir plus.

7 | 6 | Transmission de savoirs et communication

Il est recommandé aux institutions d'élaborer une stratégie afin de garantir une bonne transmission des informations et de recourir à cette fin aux canaux de communication existants. Elles doivent en outre prévoir des entraînements avec tous les groupes professionnels concernés avant la mise en œuvre de la liste de contrôle, car il est hors de question que les équipes chirurgicales s'exercent, fassent le point et, le cas échéant, l'adaptent pendant une intervention. Le tableau 2 présente un exemple de transmission des savoirs.

L'attitude positive des professionnels concernés face à la liste de contrôle chirurgicale ne dépend pas uniquement de la transmission de savoirs. Pour favoriser leur adhésion et leur motivation, mais aussi et surtout pour établir des normes sociales permettant de mieux gérer les erreurs et de renforcer la sécurité des patients, il est également important de mettre en place des mesures de communication appropriées et de veiller à les coordonner.

Méthodes possibles pour la stratégie de communication:

- Des promoteurs spécialisés et des promoteurs de marché encouragent explicitement la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale au sein de l'institution au moyen d'affiches, de photographies, de déclarations ou d'une vidéo dans laquelle ils expriment leur point de vue.
- Une séance d'information à laquelle participent des représentants des cadres supérieurs – direction de l'établissement incluse –, les promoteurs et toute l'équipe «liste de contrôle» est organisée à l'intention des collaborateurs afin de les renseigner sur la problématique, le projet et les principales étapes en vue de l'introduction et de la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale. Cette première diffusion à large échelle peut être relayée par d'autres canaux de communication tels qu'Intranet ou une newsletter.
- Les promoteurs et les membres de l'équipe «liste de contrôle» conduisent des entretiens individuels en sus des séances d'information et formations susmentionnées, afin de convaincre les collaborateurs sceptiques d'utiliser la liste de contrôle chirurgicale.

Transmission de savoirs aux cadres supérieurs et aux membres du groupe de projet

Transmission de savoirs aux supérieurs hiérarchiques des groupes professionnels, aux représentants des médecins agréés et aux membres du groupe de projet «liste de contrôle»

| Contenus | Moment/Modes de transmission envisageables |
|--|---|
| <p>Introduction à la thématique et au projet</p> <ul style="list-style-type: none"> – La sécurité des patients en chirurgie – Principaux aspects de la sécurité des patients et de la liste de contrôle chirurgicale – ses objectifs, l'évidence de son efficacité (y. c. amélioration de la communication au sein de l'équipe) et son utilisation – Stade de mise en œuvre et développement nécessaire dans l'établissement – Informations sur le projet d'introduction et de mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale (objectifs, organisation, procédure avec tous les groupes professionnels concernés, étapes) – Rôle et responsabilité des cadres – Disposition à assumer le rôle de promoteurs | <p><i>Moment: au début du projet</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Séance d'information pour les cadres – Entretiens individuels – Informations écrites |
| <p>Préparation de la mise en œuvre à grande échelle</p> <ul style="list-style-type: none"> – Adaptation de la liste de contrôle chirurgicale, des vérifications essentielles et des processus – Eléments clés pour une utilisation efficace et l'amélioration de la communication – Stratégie d'évaluation – Mesures complémentaires – Procédure de mise en œuvre – Leadership, rôle des cadres et des médecins agréés – plus généralement, répartition des rôles, des tâches, des compétences et des responsabilités – Rôle et tâches des promoteurs internes | <p><i>Moment: avant l'application (év. avec d'autres membres de l'équipe opératoire)</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Séance d'information pour les cadres – Démonstration vidéo – Informations écrites |
| <p>Suivi et approfondissement</p> <ul style="list-style-type: none"> – Information sur l'avancement des travaux, présentation et discussion des principaux résultats d'évaluation – Définition des mesures à prendre par les cadres supérieurs | <p><i>Moment: pendant la première phase de mise en œuvre et après l'évaluation</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Séance d'information pour les cadres – Informations écrites |

Transmission de savoirs à tous les professionnels concernés

(tous les intervenants en salle d'opération, mais aussi durant la phase préopératoire)

| Contenus | Moment/Mode de transmission |
|--|--|
| <h3>Introduction à la thématique et au projet</h3> <ul style="list-style-type: none">– Principaux aspects de la sécurité des patients et de la liste de contrôle chirurgicale – ses objectifs, l'évidence de son efficacité (y. c. amélioration de la communication au sein de l'équipe) et son utilisation– Information sur le projet:<ul style="list-style-type: none">- objectifs de la mise en œuvre- structure du projet et procédure avec la participation de tous les groupes professionnels concernés- fixation des étapes, notamment adaptation de la liste de contrôle chirurgicale et intégration des modifications dans les procédures en vigueur | <p><i>Moment: au début du projet</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Intranet, newsletter ou journal du personnel– Information par les canaux existants (p. ex. séances de division)– Soutien manifeste par les cadres supérieurs |
| <h3>Préparation de la mise en œuvre à grande échelle</h3> <ul style="list-style-type: none">– But et objet de la liste de contrôle chirurgicale et des vérifications de sécurité préopératoires– Culture de la sécurité et amélioration de la communication au sein de l'équipe (p. ex. problématique du «Speak up» et prise de conscience du contexte situationnel) (70)– Information sur les adaptations antérieures apportées à la liste de contrôle chirurgicale et aux vérifications préopératoires; choix et objectifs des points de la liste de contrôle chirurgicale– Formation/entraînement à l'utilisation pratique ciblée sur la communication (p. ex. présentation lors du «Team time out»)– Répartition des rôles, des tâches, des compétences et des responsabilités– Planification des relevés d'évaluation et des mesures complémentaires | <p><i>Moment: juste avant la mise en œuvre</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Séances d'information et formations (centralisées ou décentralisées selon l'objectif visé et la culture d'organisation)– Entraînements par simulation– Briefings et débriefings dans le quotidien professionnel, év. avec vidéo– Déclarations des promoteurs imprimées sur des affiches– Papillons ou brochures d'information– Intranet (p. ex. présentations, vidéos ou informations complémentaires)– Vidéos de formation– Ev. formations axées sur les différents groupes professionnels, afin d'en cibler le contenu, mais entraînements interprofessionnels, c.-à-d. avec tous les groupes concernés |
| <h3>Suivi et approfondissement</h3> <p>Une fois la liste de contrôle chirurgicale officiellement introduite, prise de mesures complémentaires pour que l'observance soit la plus élevée possible (proche de 100%).</p> <ul style="list-style-type: none">– Réflexion / Exploitation des résultats de l'évaluation pour le travail d'amélioration– Poursuite de la sensibilisation et de la motivation pour garantir une utilisation correcte de la liste de contrôle chirurgicale– Traitement plus poussé de thèmes suite aux résultats d'évaluation | <p><i>Moment: suivi, approfondissement</i></p> <p><i>Modes de transmission envisageables:</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Observations– Coaching/Débriefing– Intranet, newsletter ou journal du personnel– Information par les canaux existants (p. ex. séances de division) |

Tableau 2: Procédure envisageable pour transmettre les savoirs nécessaires lors de la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale

7 | 7 | Evaluation

L'évaluation a pour but de fournir des informations sur l'efficacité de la liste de contrôle chirurgicale dans l'établissement ainsi que sur l'état de sa mise en œuvre, les objectifs atteints et les problèmes en suspens. Il est ainsi possible d'engager des mesures d'amélioration ciblées en vue de son application à long terme. La stratégie d'évaluation doit être élaborée en partant de la situation actuelle de l'établissement. La communication aux collaborateurs des résultats de l'évaluation s'inscrit dans les mesures complémentaires destinées à assurer la mise en œuvre de la liste.

L'évaluation repose essentiellement sur les deux facteurs suivants:

1. l'observance de la liste de contrôle chirurgicale par les intervenants
2. leur perception du climat de sécurité et de la communication au sein de l'équipe

Evaluation de l'observance

Selon la littérature, il s'agit avant tout, pour évaluer l'observance de la liste de contrôle chirurgicale, de savoir si elle est mise en œuvre au quotidien de manière conséquente, complète et correcte, ce que permettent de déterminer par exemple les questions suivantes:

- a. Combien d'opérations sont effectuées en utilisant la liste de contrôle chirurgicale?
- b. Les points sont-ils tous passés en revue?
- c. Quelle est l'intensité de l'échange d'informations au sein de l'équipe?
- d. Quels points ne sont pas traités et par quels groupes professionnels?

Ces différents éléments peuvent être recensés et documentés à l'aide des instruments d'évaluation et relevés suivants:

- Collecte et contrôle de toutes les check-lists dès lors qu'il en est utilisé une par opération. Cela permet par exemple de déterminer régulièrement la part d'interventions pour lesquelles il a été fait usage de la liste proportionnellement à leur nombre total. Si les différents points de la liste de contrôle chirurgicale sont cochés, il est facile de vérifier lesquels ont été ou non traités.

- Observations par des personnes formées selon un protocole clairement défini, méthode particulièrement appropriée pour évaluer la qualité de la mise en œuvre (68). Exemples de questions: comment la liste est-elle utilisée? Qui passe les points en revue? Comment les informations sont-elles données ou validées? Les réponses peu précises font-elles l'objet de questions complémentaires? Les différents points sont-ils passés en revue dans l'ordre ou cités de mémoire? Quels groupes professionnels participent activement à la procédure? Tous les points de la liste de contrôle chirurgicale sont-ils vérifiés? Toutes les personnes concernées interrompent-elles leurs autres activités pendant le «Team time out»?
- Audits en salle d'opération par des personnes spécialement formées (avec une série de questions et d'observations prédéfinies) ou visites régulières de cadres axées sur la sécurité des patients en général («executive walkarounds») et sur l'application de la liste de contrôle chirurgicale en particulier (p. ex.: comment les collaborateurs utilisent-ils la liste de contrôle chirurgicale au quotidien et quels problèmes rencontrent-ils?)
- Discussions avec les collaborateurs afin qu'ils fassent part de leurs problèmes et de leurs expériences
- Entretiens avec les groupes professionnels concernés ou des patients

Evaluation du climat de sécurité et de la communication au sein de l'équipe

La liste de contrôle chirurgicale a essentiellement pour effet de renforcer le climat de sécurité ainsi que la communication au sein de l'équipe. Ces deux variables d'environnement permettent d'une part de réduire la probabilité d'événements indésirables et, d'autre part, d'améliorer la gestion des incidents et d'accroître les enseignements pouvant en être tirés. Il s'agit avant tout de savoir si la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale au bloc opératoire a modifié le climat de sécurité et consolidé la communication et la collaboration au sein de l'équipe.

Observations, entretiens et questionnaires – par exemple le questionnaire sur l'attitude face à la sécurité («Safety Attitude Questionnaire», SAQ) – sont autant d'instruments qui permettent de vérifier comment les collaborateurs perçoivent le climat de sécurité et la collaboration au sein de l'équipe.

Autres thèmes d'évaluation

L'efficacité de la liste de contrôle chirurgicale a fait ses preuves et n'est donc pas remise en question. Dans l'optique d'accroître la motivation du personnel opératoire, il peut cependant s'avérer opportun d'évaluer de manière ponctuelle et ciblée d'autres indicateurs portant sur les outcomes et les outputs – dans le sens d'un monitoring –, car ils peuvent présenter une forte motivation pour les équipes chirurgicales.

Exemples:

- Monitoring d'indicateurs de processus:
 - durée moyenne des interventions pendant une période donnée
 - nombre de marquages de site opératoire par rapport au total des interventions effectuées pendant une période donnée
 - indicateurs de processus pour les points de la liste de contrôle chirurgicale, par exemple heure de l'administration de la prophylaxie antibiotique
 - report d'opérations
- Monitoring du résultat clinique¹⁶, par exemple infections du site opératoire, pneumonie postopératoire ou thromboembolie en relation avec le volume d'opérations pendant une période donnée

L'évaluation devrait également porter sur les connaissances des collaborateurs, leur attitude face à la sécurité des patients et à la mise en œuvre de la liste de contrôle chirurgicale ainsi que sur leur perception quant à son efficacité.

¹⁶ D'après le relevé d'évaluation effectué dans le cadre de la campagne de l'OMS «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies».



8 | Bibliographie – Références

8 | Bibliographie – Références

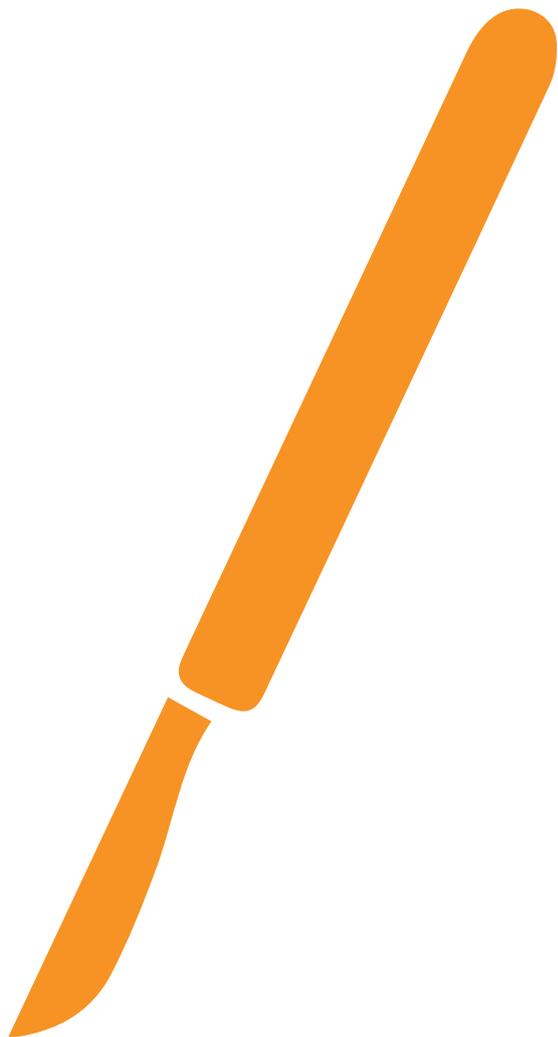
- (1) Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008 Jul 12;372(9633):139-44.
- (2) Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A Systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery* 2012;00:1–9, DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27.
- (3) Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons. *J Bone Joint Surg Am* 2003 Feb;85-A(2):193-7.
- (4) Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, Johnson RM, Daniel DM, Bunt KM, et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *Am J Surg* 2005 Jul;190(1):9-15.
- (5) DeVine J, Chutkan N, Norvell DC, Dettori JR. Avoiding Wrong Site Surgery: A Systematic Review. *Spine* 2010;35(9S).
- (6) Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg* 2006 Sep;141(9):931-9.
- (7) Bjorn B, Rabol LI, Jensen EB, Pedersen BL. Wrong-site surgery: incidence and prevention. *Ugeskr Laeger* 2006 Nov 27;168(48):4205-9.
- (8) Mody MG, Nourbakhsh A, Stahl DL, Gibbs M, Alfawareh M, Garges KJ. The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008 Jan 15;33(2):194-8.
- (9) Sparling KW, Ryckman FC, Schoettker PJ, Byczkowski TL, Helpling A, Mandel K, et al. Financial impact of failing to prevent surgical site infections. *Qual Manag Health Care* 2007 Jul;16(3):219-25.
- (10) Odom-Forren J. Preventing surgical site infections. *Nursing* 2006 Jun;36(6):58-63.
- (11) Zegers M, de Bruijne MC, de KB, Merten H, Groenewegen PP, Van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg* 2011;5:13.
- (12) Gaynes RP, Culver DH, Horan TC, Edwards JR, Richards C, Tolson JS. Surgical site infection (SSI) rates in the United States, 1992-1998: the National Nosocomial Infections Surveillance System basic SSI risk index. *Clin Infect Dis* 2001 Sep 1;33 Suppl 2:69-77.
- (13) Coello R, Charlett A, Wilson J, Ward V, Pearson A, Borriello P. Adverse impact of surgical site infections in English hospitals. *J Hosp Infect* 2005 Jun;60(2):93-103.
- (14) de Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg S, Meijer RP, Boermeester M. The SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. *Patient safety in surgery* 2010;4(1):6.
- (15) Astagneau P, Rioux C, Golliot F, Brucker G. Morbidity and mortality associated with surgical site infections: results from the 1997-1999 INCISO surveillance. *J Hosp Infect* 2001 Aug;48(4):267-74.
- (16) Burke JP. Infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003 Feb 13;348(7):651-6.
- (17) Whitehouse JD, Friedman ND, Kirkland KB, Richardson WJ, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections following orthopedic surgery at a community hospital and a university hospital: adverse quality of life, excess length of stay, and extra cost. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002 Apr;23(4):183-9.
- (18) Staender SE, Mahajan RP. Anesthesia and patient safety: have we reached our limits? *Current Opinion in Anesthesiology* 2011;24(3).
- (19) Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. *N Engl J Med* 2010 Nov 24;363(22):2124-34.
- (20) Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010 Jul;27(7):592-7.
- (21) Clarke JR, Johnston J, Finley ED. Getting surgery right. *Ann Surg* 2007 Sep;246(3):395-403.

- (22) Nagpal K, Arora S, Vats A, Wong HW, Sevdalis N, Vincent C, et al. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety* 2012 Jul 7.
- (23) World Health Organization - Patient Safety. The Second Global Patient Safety Challenge. Safe Surgery Saves Lives. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> [dernier accès le 7.7.2012]
- (24) World Health Organization - Patient Safety. WHO Guidelines for Safe Surgery. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [dernier accès le 7.7.2012]
- (25) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009 Jan 14;361(2):305-11.
- (26) Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA, et al. Effect of A 19-Item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in A Global Patient Population. *Ann Surg* 2010;251(5).
- (27) The Joint Commission. Universal Protocol. Available from: http://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx [dernier accès le 7.7.2012]
- (28) The Joint Commission. Safe Surgery Guide. Illinois U.S.A.: 2010.
- (29) AORN - Association of periOperative Registered Nurses. The AORN Comprehensive Surgical Checklist. Available from: <http://www.aorn.org/Secondary.aspx?id=20867&terms=checklist#axz1zvalrJ00> [dernier accès le 7.7.2012]
- (30) South Carolina Hospital Association. Safe Surgery 2015: South Carolina. Available from: <http://www.safesurgery2015.org/index.html> [dernier accès le 7.7.2012]
- (31) SURPASS - Surgical Safety System. SURPASS - Surgical Safety System. Available from: <http://www.surpass-checklist.nl/home.jsf> [dernier accès le 7.7.2012]
- (32) de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010 Nov 10;363(20):1928-37.
- (33) Fondation pour la Sécurité des Patients. Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire. Available from: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/Risques-majeurs/Chirurgie/Erreurs-de-site-op-ratoire.html> [dernier accès le 7.7.2012]
- (34) van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EE, Simmermacher RK, Regli LP, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO «Surgical Safety Checklist» on in-hospital mortality: a cohort study. *Ann Surg* 2012 Jan;255(1):44-9.
- (35) Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WR, et al. Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money And Improve The Quality Of Care In U.S. Hospitals. *Health Aff* 2010 Sep 1;29(9):1593-9.
- (36) Paige JT, Aaron DL, Yang T, Howell DS, Chauvin SW. Improved Operating Room Teamwork via SAFETY Prep: A Rural Community Hospital's Experience. *World J Surg* 2009 Apr 7.
- (37) Paige JT, Aaron DL, Yang T, Howell DS, Hilton CW, Cohn I, et al. Implementation of a Preoperative Briefing Protocol Improves Accuracy of Teamwork Assessment in the Operating Room. *The American Surgeon* 2008 Sep;74:817-23.
- (38) Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008 Jan;143(1):12-7.
- (39) Lingard L, Espin S, Rubin B, Whyte S, Colmenares M, Baker GR, et al. Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Qual Saf Health Care* 2005 Oct;14(5):340-6.
- (40) Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA* 2010 Oct 20;304(15):1693-700.
- (41) Young-Xu Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Arch Surg* 2011 Dec;146(12):1368-73.

- (42) Vincent C. Essentials of Patient Safety. BMJ Books ed. Wiley-Blackwell; 2012.
- (43) Stahel PF, Mehler PS, Clarke TJ, Varnell J. The 5th anniversary of the «Universal Protocol»: pitfalls and pearls revisited. *Patient Saf Surg* 2009;3(1):14.
- (44) Schwappach DL. Patientensicherheit aus Patientensicht. *Care Management* 2, 31-33 2009.
- (45) Schwappach DL. Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2010 Apr;67:119-48.
- (46) Schwappach DL, Frank O, Buschmann U, Babst R. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. *J Eval Clin Pract* 2012 Feb 14.
- (47) Schwappach DL, Frank O, Koppenberg J, Muller B, Wasserfallen JB. Patients' and healthcare workers' perceptions of a patient safety advisory. *Int J Qual Health Care* 2011 Dec;23(6):713-20.
- (48) The Joint Commission. Speak Up Initiatives. Available from: <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx> [dernier accès le 26.7.2012]
- (49) Cullan DB, Wongworawat MD. Sterility of the Surgical Site Marking Between the Ink and the Epidermis. *J Am Coll Surg* 2007 Aug 1;205(2):319-21.
- (50) Cronen G, Ringus V, Sigle G, Ryu J. Sterility of surgical site marking. *J Bone Joint Surg Am* 2005 Oct;87(10):2193-5.
- (51) Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG. Ärztehaftpflicht, Zurich – Ihr kompetenter Partner. 2009.
- (52) Schweizerischer Versicherungsverband SVV - Fachkommission allgemeine Haftpflicht. Aufklärungspflicht bei medizinischer Behandlung, Eine Information des SVV für Ärztinnen und Ärzte. 2007.
- (53) Wiegand W, Abegglen S. Die Aufklärung bei medizinischer Behandlung, Modalitäten der Aufklärung und Folgen der Verletzung der Aufklärungspflicht. *Recht* 1993;(6):96.
- (54) Office fédéral de la santé publique, Confédération suisse. Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse. [dernier accès le 17.8.2012]
- (55) Helios Kliniken Gruppe. Gemeinsam. Für mehr Sicherheit. Die Checklisten Prä – Peri. Available from: http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Presse/2009/20090311_HELIOS_macht_OP_Checklisten_zum_Standard/Flyer_Checkliste.pdf [dernier accès le 7.7.2012]
- (56) Weber WP, Marti WR, Zwahlen M, Misteli H, Rosenthal R, Reck S, et al. The timing of surgical antimicrobial prophylaxis. *Ann Surg* 2008 Jun;247(6):918-26.
- (57) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery - A national clinical guideline. 2008.
- (58) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety* 2011 Jan 1;20(1):102-7.
- (59) Tan JA, Naik VN, Lingard L. Exploring obstacles to proper timing of prophylactic antibiotics for surgical site infections. *Qual Saf Health Care* 2006 Feb 1;15(1):32-8.
- (60) van Kasteren MEE, Manniën J, Ott A, Kullberg BJ, de Boer AS, Gyssens IC. Antibiotic Prophylaxis and the Risk of Surgical Site Infections following Total Hip Arthroplasty: Timely Administration Is the Most Important Factor. *Clinical Infectious Diseases* 2007 Apr 1;44(7):921-7.
- (61) Misteli H, Widmer AF, Weber WP, Bucher E, Dangel M, Reck S, et al. Successful implementation of a window for routine antimicrobial prophylaxis shorter than that of the world health organization standard. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012 Sep;33(9):912-6.
- (62) Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ* 2010 Jan 13;340(jan13_2):b5433.
- (63) Dahl A, Robertsson O, Stefansdottir A, Gustafson P, Lidgren L. Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: Improving the routines in Sweden. *Patient safety in surgery* 2011;5(1):22.

-
- (64) Steinberg JP, Braun BI, Hellinger WC, Kusek L, Bozikis MR, Bush AJ, et al. Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections: results from the Trial to Reduce Antimicrobial Prophylaxis Errors. *Ann Surg* 2009 Jul;250(1):10-6.
- (65) Gormley GJ, Dempster M, Best R. Right-left discrimination among medical students: questionnaire and psychometric study. *BMJ* 2008 Dec 16;337(dec16_1):a2826.
- (66) Sangwaiya MJ, Saini S, Blake MA, Dreyer KJ, Kalra MK. Errare Humanum Est: Frequency of Laterality Errors in Radiology Reports. *Am J Roentgenol* 2009 May 1;192(5):W239-W244.
- (67) Drösler SE. OECD's Health Care Quality Indicator Project: Conceptual, Methodological and Policy Challenges in International Health System Comparison - Patient Safety Indicators – Experiences from the OECD Project and Implications for Germany. Available from: <http://www.academyhealth.org/files/2010/sunday/droeslers.pdf> [dernier accès le 7.7.2012]
- (68) Cullati S, Le Du S, Boireaux A, Micallef MP, Khabiri E, Rae A-C, et al. Utilisation de la check-list chirurgicale aux blocs opératoires: de la bonne volonté à la réalité. Available from: http://www.cipiqs.org/file/20110510_Cullatti.pdf [dernier accès le 8.7.2012]
- (69) Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg* 2011 May;212(5):873-9.
- (70) Maxfield D, Grenny J, Lavandero R, Groah L. The Silent Treatment. Why Safety Tools and Checklists Aren't Enough to Save Lives. Available from: <http://www.silenttreatmentstudy.com/download/> [dernier accès le 7.7.2012]
- (71) Pronovost P, Vohr E. Safe Patients, Smart Hospitals - How One Doctor's Checklist Can Help Us Change Health Care from the Inside Out. Hudson Street Press; 2010.
- (72) Edmondson AC. Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams. *Journal of Management Studies* 2003;40(6):1419-52.
- (73) Nagpal K, Vats A, Lamb B, Ashrafian H, Sevdalis N, Vincent C, et al. Information Transfer and Communication in Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg* 2010;252(2).
- (74) Arora S, Sevdalis N, Ahmed M, Wong H, Moorthy K, Vincent C. Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. *Surgery* 2012 Jul;152(1):26-31.
- (75) Webb TL, Sheeran P. Does Changing Behavioral Intentions Engender Behavior Change? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence. *Psychol Bull* 2006 Mar;132(2):249-68.
- (76) Rodrigues SP, Wever AM, Dankelman J, Jansen FW. Risk factors in patient safety: minimally invasive surgery versus conventional surgery. *Surg Endosc* 2012 Feb;26(2):350-6.
- (77) Project Check. Project Check. Available from: <http://www.projectcheck.org/> [dernier accès le 8.7.2012]

Pubblicazione Sicurezza dei pazienti Svizzera



Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Direzione e contatto
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zurigo
Telefono +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione
c/o Academia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM),
Petersplatz 13, CH-4051 Basilea

ISBN 3-905803-10-0



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland