



3.11.2015; V1

## Programme Pilote progress! La sécurité en chirurgie

### Résumé du rapport final

Fondation sécurité des patients suisse





Entre 2012 et 2018, la fondation Sécurité des patients Suisse met en œuvre des programmes pilotes nationaux visant à promouvoir la sécurité des patients. Lancés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui assume la majeure partie de leur financement, ces programmes sont conçus et réalisés par la fondation et font partie intégrante de la « Stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse ». Sous le titre progress ! La sécurité en chirurgie, le premier de cette série a été mené avec succès entre l'été 2012 et l'été 2015. Les résultats et les enseignements tirés de cette expérience seront rendus publics et intégrés dans le développement des autres programmes pilotes.

Le programme progress ! La sécurité en chirurgie avait pour objectif de garantir une application correcte, complète et systématique de la check-list chirurgicale. Il s'agissait de s'assurer que les trois parties qui la composent – Sign in, Team time out et Sign out – étaient passées en revue pour toutes les interventions et tous les patients et que les vérifications de sécurité de la phase préopératoire étaient effectuées. La check-list ne pouvant être introduite sans un réexamen et une adaptation des processus et de l'organisation, sa mise en œuvre devait également permettre une amélioration sensible du climat de sécurité et favoriser une communication ouverte au sein de l'équipe au-delà de toute considération hiérarchique.

Le programme pilote reposait sur une structure en deux axes (campagne d'information et projet d'approfondissement) conçus de façon à s'enrichir mutuellement. Le premier axe d'intervention incluait des mesures de communication destinées à accroître la présence et la visibilité de la thématique auprès des milieux spécialisés et du grand public, diffuser de nouvelles normes, établir un cadre propice à la réalisation des changements souhaités et renforcer la motivation pour les atteindre. Pendant la durée du projet d'approfondissement, des articles spécialisés, des exposés et des publications scientifiques sont venus alimenter la campagne. Les médias grand public ont également été informés du déroulement du projet et de ses résultats par le biais de quatre communiqués de presse. Le second axe d'intervention comprenait le projet d'approfondissement proprement dit ouvert aux hôpitaux de tout le pays. Pour des questions de ressources, seuls dix hôpitaux (6 alémaniques, 2 bilingues (allemand/français) et 2 francophones) ont pu être retenus sur les 32 établissements ayant manifesté leur intérêt. Mené sur deux ans, ce projet s'appuyait sur les éléments structurels suivants : un cadre temporel bien défini, une collaboration interprofessionnelle, le partage d'expériences, des objectifs communs et la réalisation d'activités obligatoires. Les engagements pris par les hôpitaux pilotes et par Sécurité des patients Suisse ont été consignés dans une convention signée au début du projet.

Parmi les activités essentielles que les hôpitaux étaient tenus d'accomplir figuraient l'adaptation par l'équipe interprofessionnelle de la check-list aux spécificités de l'établissement, la formation du personnel opératoire et l'entraînement à l'utilisation de la check-list en situation fictive avant son introduction officielle au bloc opératoire. Des jeux de rôle ont permis aux équipes de chirurgie dans leur « composition originelle » de s'exercer à employer cet instrument. Quatre ateliers d'une journée organisés à une fréquence semestrielle constituaient une plateforme privilégiée pour les échanges entre les participants. Ces rencontres leur ont permis de débattre de différentes questions avec des spécialistes et de préciser les objectifs, discuter des résultats des enquêtes et rechercher des solutions aux défis posés par le projet dans les établissements. La participation à l'évaluation des mesures et des activités déployées par les hôpitaux était elle aussi obligatoire. Les connaissances et attitudes concernant la check-list et ses modalités d'utilisation ainsi que le climat de sécurité ont été appréciés à l'aide de questionnaires. La qualité d'utilisation de la check-list a quant à elle été évaluée au moyen d'observations des comportements, tandis que la fréquence et l'exhaustivité ont été mesurées par la proportion de check-list remplies. Toutes ces enquêtes ont été réalisées au début et à la fin du projet d'approfondissement.



D'un point de vue général, le programme pilote progress ! La sécurité en chirurgie a été planifié de manière pertinente et réalisé selon le calendrier fixé. Il a donné des résultats positifs. Durant les deux ans qu'il a duré, la campagne d'information a été régulièrement alimentée. Cette expérience a montré qu'il était possible d'introduire efficacement la check-list dans le cadre du projet d'approfondissement. Les objectifs définis ont majoritairement été atteints. Même si le projet n'est pas entièrement étayé au plan empirique, les expériences recueillies permettent d'affirmer que plusieurs facteurs ont été déterminants pour la réussite de la mise en œuvre : le soutien de la direction de l'hôpital, la signature d'une convention de projet, l'approche interprofessionnelle, les échanges entre établissements avec la participation d'experts externes ainsi que l'adaptation de la check-list aux conditions locales, l'organisation d'entraînements et l'évaluation au cours du projet.

Dans tous les hôpitaux, la fréquence d'utilisation de la check-list a très nettement augmenté au fil du temps. Les données indiquent que partout cet instrument est aujourd'hui intégré dans le quotidien au bloc opératoire. Pourtant, paradoxalement, aucun hôpital n'atteint un taux d'observance de 100 %, alors que tous les établissements déclarent l'utiliser « toujours ou presque toujours ». Il reste par conséquent une marge d'amélioration générale au niveau de son application rigoureuse. Les résultats des enquêtes menées par voie de questionnaire concordent avec ceux des observations portant sur les comportements : au terme du projet d'approfondissement, huit des dix hôpitaux ont organisé le Team time out de façon à remplir les objectifs fixés. Autrement dit, ils sont en mesure d'utiliser la check-list selon une procédure structurée et standardisée indépendamment des personnes présentes et ont clairement défini le rôle de chacun. Le Team time out est en outre reconnaissable comme une étape en soi dans le déroulement des opérations. Il mobilise tous les membres de l'équipe qui consacrent toute leur attention à ce moment commun. En ce qui concerne le Sign out, la mise en œuvre a posé davantage de difficultés et le bilan est de ce fait plus contrasté. Si quelques hôpitaux ont là aussi atteint l'objectif du projet, d'autres n'ont pas formellement implanté cette étape. Les résultats de la comparaison entre les deux enquêtes (T1 et T2) sont là encore hétérogènes : l'utilisation au plan qualitatif s'est très nettement améliorée chez certains, tandis que pour d'autres, la situation n'a pratiquement pas évolué entre T1 et T2. La mise en pratique du Sign out représente donc un défi plus difficile à relever que celle du Team time out. On observe néanmoins qu'au terme du projet, quelques hôpitaux ont pris les dispositions nécessaires pour appliquer cette étape de façon structurée et standardisée quelles que soient les personnes présentes. De plus, dans certains établissements, le Sign out est véritablement perçu comme une tâche conjointe de l'équipe, qui prend au sérieux ce « débriefing » effectué après l'intervention. D'une manière générale toutefois, des améliorations restent nécessaires à ce niveau dans une grande partie des hôpitaux.

Les personnes ayant répondu aux enquêtes ont déclaré s'engager plus activement en faveur de l'utilisation de la check-list et ont davantage le sentiment de pouvoir agir à ce niveau, un changement qui pourrait être lié aux activités menées dans le cadre du projet d'approfondissement. Au fur et à mesure de sa réalisation, l'utilisation de la check-list est peu à peu devenue la norme. Aujourd'hui, le fait de ne pas recourir à cet instrument est plus souvent perçu comme une attitude contraire aux règles. Au final, on constate qu'une culture dans laquelle l'application de cet instrument a valeur de norme et où les intervenants se sentent à la fois capables de l'employer correctement et motivés à s'investir en ce sens est un facteur qui facilite et favorise l'utilisation effective de la check-list.

En ce qui concerne le climat de sécurité, les différences relevées entre le début et la fin du projet sont trop marginales pour être considérées comme un véritable changement. Vraisemblablement, les interventions menées sur une durée de 15 mois dans un domaine très restreint (l'utilisation de la check-list) n'ont pas suffi pour induire des transformations visibles sur un élément aussi complexe et multidimensionnel que le climat de sécurité. Néanmoins, la légère tendance qui se dégage des données recueillies est positive, car elle suggère que le projet d'approfondissement a eu un impact sur les facteurs culturels, même si celui-ci n'est pas assez marqué pour ressortir clairement sur l'échelle d'évaluation du climat de sécurité.



Par ailleurs, une enquête en ligne a été conduite dans toute la Suisse en hiver 2012 et au printemps 2015 auprès de médecins pratiquant la chirurgie invasive et de responsables du personnel opératoire et anesthésique afin d'obtenir également des données sur les check-lists chirurgicales en dehors des hôpitaux pilotes. Les questions portaient sur la culture relative à l'utilisation de la check-list ainsi que sur les connaissances et attitudes à l'égard de cet instrument. Au total, 1378 personnes ont rempli le questionnaire en hiver 2012 et 1194 au printemps 2015. Elles venaient de toutes les parties du pays et des trois régions linguistiques, de sorte que les échantillons sont comparables. La plupart des personnes qui ont répondu aux questions travaillaient dans des hôpitaux et, dans les deux cas, plus de la moitié ont indiqué avoir au moins 20 ans de métier. L'enquête réalisée au printemps 2015 comportait une question supplémentaire sur les données démographiques : les participants devaient dire s'ils avaient exercé une activité dans l'un des hôpitaux pilotes au cours des deux années précédentes. Les résultats ont montré que 20 % des sondés entraient dans cette catégorie. Autrement dit, même si elles ont été relevées à l'échelle nationale, les données du printemps 2015 subissent une distorsion, puisque les personnes ayant travaillé dans un établissement pilote y sont surreprésentées. De plus, pour les deux enquêtes, les résultats reflètent majoritairement l'opinion de personnes qui connaissent le quotidien hospitalier et de professionnels expérimentés.

L'analyse des réponses montre que des changements se sont également produits au niveau national par rapport à l'enquête menée en hiver 2012. Malgré tout, on observe que l'utilisation de la check-list ne s'est pas encore généralisée en 2015 et que sa diffusion reste incomplète. Ce constat est d'autant plus vrai que la composition de l'échantillon a très probablement influencé favorablement les résultats. La check-list chirurgicale demeure par conséquent un sujet important en ce qui concerne la sécurité des patients en chirurgie, même si les mentalités et les pratiques ont manifestement évolué au cours des deux ans et demi écoulés. Il est réjouissant de noter que la thématique de la sécurité des patients en chirurgie est subjectivement perçue comme plus présente au quotidien. Près de 85 % des personnes interrogées ont en effet affirmé qu'à leur avis, on agissait davantage pour la sécurité des patients aujourd'hui qu'une année auparavant. De plus, près de la moitié ont déclaré avoir vécu une situation dans laquelle la check-list a permis d'éviter un incident. Sur ce point, il n'est pas possible d'établir une comparaison avec la première enquête, car cette question n'avait pas été posée en 2012. Quoi qu'il en soit, les résultats attestent que la check-list est vue comme un instrument contribuant de façon active et tangible à l'amélioration de la sécurité des patients en chirurgie.

Sécurité des patients Suisse prévoit d'élaborer du matériel supplémentaire afin de soutenir les établissements pilotes dans leur volonté d'améliorer et de consolider l'application de la check-list sur la durée. Ce faisant, elle souhaite aussi rendre accessibles les enseignements tirés de cette expérience à d'autres hôpitaux intéressés qui n'ont pas pu prendre part au projet d'approfondissement. Elle mettra à disposition un manuel pour introduire la check-list et en optimiser l'utilisation. Il s'accompagnera d'une boîte à outils contenant des modèles, des documents et des exemples concrets. Deux questionnaires validés par Sécurité des patients Suisse dans leurs versions française et allemande y seront notamment intégrés. Le premier porte sur les connaissances et attitudes concernant la check-list chirurgicale et le second sur le climat de sécurité. Par ailleurs, un dialogue sur les mesures nécessaires, les attentes, les rôles possibles et les responsabilités des différents acteurs sera mis en place avec des partenaires importants du secteur de la santé en vue de développer des stratégies. Sécurité des patients Suisse publiera en outre une déclaration présentant ses conclusions et ses recommandations pour une diffusion durable de la check-list chirurgicale en Suisse. Cette démarche vise à fournir également un appui stratégique aux hôpitaux en donnant davantage de poids et de visibilité à la thématique au niveau des parties prenantes.