



Manuel

Observations internes et débriefings

Remarque : Les désignations sexospécifiques utilisées s'appliquent toujours aux deux sexes. Pour des raisons de clarté et de lisibilité du texte, une seule forme est utilisée.





Remerciements

Les présents concept et document sont le fruit de la collaboration de nombreux spécialistes et experts. Nous remercions pour leur contribution précieuse toutes les personnes qui ont accepté de relever le défi et de prendre part aux discussions.

Nous remercions notamment les personnes suivantes : Prof. Dr. méd. Robert Greif, MME (Directeur de la branche enseignement médical, Directeur du domaine opératoire périphérique, membre de la Direction de la clinique, Clinique universitaire d'anesthésiologie et de thérapie de la douleur, Inselspital de Berne), PD Dr. Michaela Kolbe (Groupe de recherche Organisation - Arbeit - Technologie, ETH Zurich) et Dr. med Marc Lüthy (Chef de clinique Service Anesthésie, formateur du centre de simulation de l'hôpital universitaire de Bâle).

Table des matières

1	Introduction	3
1.1	Intégration des débriefings dans le projet d'approfondissement progress ! La sécurité en chirurgie.....	3
1.2	Arrière-plan théorique du débriefing / Qu'est-ce qu'un débriefing ?	4
2	Le manuel	6
2.1	Ce manuel est	6
2.2	Ce manuel n'est pas.....	7
3	Préparation / conditions cadres	8
3.1	Exigences concernant la configuration	8
3.2	Exigences concernant la personne	9
4	Maintenant, c'est à vous !.....	10
4.1	Première étape : Observation	10
4.2	Deuxième étape : débriefing	11
4.2.1	Comment mener un débriefing ? Comment est construit un débriefing ?.....	11
4.2.2	Concrètement, qu'est-ce que ça signifie ?	12
5	Comment pourrais-je mieux l'exprimer? – Propositions de formulation	18
6	Annexe 1: Questionnaire d'observation progress!.....	18
7	Bibliographie	22



1 Introduction

La check-list chirurgicale / check-list de l'OMS est un outil efficace d'amélioration de la sécurité des patients en salle d'opération et permet de réduire la survenue d'événements indésirables (1). Pour que les check-lists puissent être efficaces, il est essentiel d'atteindre un niveau d'observance élevé (toute la liste est toujours utilisée pour tous les patients, de façon correcte et cohérente) (2;3). Les facteurs contribuant à une mise en œuvre réussie sont l'engagement au niveau de tout l'établissement, le soutien explicite de la direction, des formations de transmission des connaissances et des entraînements (3;4). Le feedback direct aux personnes impliquées concernant l'utilisation de la liste, réalisé sur la base de l'observation d'une situation concrète, représente un complément très efficace aux mesures décrites ci-dessus (méta-analyse, Tannenbaum et al.(5)). Lors du débriefing, il est possible de montrer concrètement des comportements qui facilitent l'utilisation correcte de la check-list.

1.1 Intégration des débriefings dans le projet d'approfondissement progress ! La sécurité en chirurgie

Dans le cadre de progress ! La sécurité en chirurgie, sécurité des patients suisse a développé des outils pour l'exécution des débriefings internes à l'établissement et les met à disposition des hôpitaux pilotes.

Le module « observations et débriefings internes » poursuit deux objectifs, dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie :

- 1 L'équipe observée a retiré du débriefing des options de comportement concrètes pour l'application future de la check-list. Les objectifs d'amélioration formulés si possible par l'équipe observée et concernant les éléments concrètement observés aident l'équipe à appliquer la check-list correctement et de façon constante.
- 2 L'établissement, les chefs de projet et Sécurité des patients suisse obtiennent indirectement un instantané des problèmes/points forts existants lors de l'application de la check-list chirurgicale. Les observateurs feront part et discuteront des enseignements tirés de leurs observations de façon synthétique et anonyme lors de l'atelier 3.

L'évaluation ciblée d'individus dans le cadre des observations internes avec débriefing est contre-productive. L'intervention s'adresse à toute l'équipe OP, l'accent est placé sur l'application correcte et cohérente de la check-list chirurgicale. C'est le processus de l'ensemble de l'équipe qui doit être analysé et amélioré. Pour ce faire, des possibilités d'amélioration doivent être dégagées avec les participants lors du débriefing.

L'objectif du débriefing n'est pas de montrer du doigt les erreurs des personnes en tant « qu'individus », mais d'analyser le comportement de chacun en lien avec l'application de la check-list dans l'équipe. Sécurité des patients suisse précise explicitement que les situations et contenus concrets qui ressortent des observations et débriefings internes sont traités de façon strictement confidentielle envers les tiers et doivent rester anonymes en dehors de l'équipe concernée. L'objectif des observations et du débriefing est uniquement l'amélioration de l'application de la check-list.

Les personnes choisies par l'établissement pilote suivent deux formations d'une demi-journée (printemps / été 2014) concernant la réalisation des observations et débriefings internes. Outre la transmission de notions de base, les participants pratiquent surtout le débriefing en petits groupes à l'aide d'exemples, afin de les préparer aux situations pouvant se présenter dans l'établissement. Par ailleurs, les personnes sélectionnées doivent apprendre à appliquer le protocole d'observation, et éventuellement à en créer un pour la check-list utilisée dans leur établissement. Les points à respecter impérativement lors d'une observation sont présentés et font l'objet d'exercices lors de la formation. Les cas de figure doivent d'une part présenter les applications particulièrement réussies de la check-list et, d'autre part les éléments comportant un besoin d'amélioration, comme des points omis, etc. (par exemple un tour de présentation réalisé correctement ou omis).

Entre les demi-journées de formation, les participants doivent réaliser quelques débriefings dans leur établissement et rassembler leurs premières expériences. Lors de la deuxième journée de formation, ces



expériences seront étudiées, discutées et les problèmes abordés. Sur toute la durée du projet d'approfondissement, 7 à 10 observations sont obligatoires. Sécurité des patients suisse recommande cependant d'effectuer des observations plus fréquentes, voire de les mettre en place au sein de l'établissement dans le cadre de la formation continue / de l'équipe. Sur la base de la méta-analyse de Tannenbaum et al. (5), sécurité des patients suisse recommande également aux hôpitaux d'observer et de débriefer plusieurs fois les mêmes équipes (multi-session). La discussion et l'analyse de l'exécution du débriefing sont réalisées dans le cadre de l'atelier 3 (WS3). Les personnes exécutant l'observation / le débriefing consigneront leurs expériences et conclusions lors des observations et débriefings internes dans la fiche 3¹. Sur la base de ces informations, les freins / leviers rencontrés et l'expérience acquise lors des observations avec débriefing seront discutés lors du WS3. Ces réflexions servent à l'évaluation des observations / débriefings internes à l'établissement tels qu'il ont été pilotés dans progress ! La sécurité en chirurgie. L'évaluation est informelle (non standardisée) et est réalisée au niveau méta : elle ne fait pas concrètement référence aux interventions observées, mais à la manière d'affronter et de réaliser les débriefings et les observations. Les expériences consignées dans la fiche doivent être résumées et rendues anonymes de façon à ce qu'il ne soit pas possible de remonter aux individus.

Cette forme de collecte de l'information protège d'une part l'anonymat des personnes observées et d'autre part rappelle encore une fois les caractéristiques des observations et débriefings : l'objectif en est l'amélioration de l'application de la check-list chirurgicale. La check-list doit être intégrée comme procédure standardisée dans le déroulement opératoire, indépendamment des personnes. Les débriefings représentent une mesure de soutien à l'établissement de l'exécution standardisée, cohérente, correcte et sans exception de la check-list chirurgicale telle qu'elle est définie dans les objectifs de progress ! La sécurité en chirurgie.

Selon les expériences, les établissements pilotes peuvent utiliser les observations et débriefings internes comme instrument interne permanent pour l'assurance de la qualité lors de l'utilisation de la check-list, dans le cadre de la gestion durable. Par ailleurs, le débriefing est un moyen de faire face à la dilution du savoir-faire auprès des professionnels due aux fluctuations du personnel.

1.2 Arrière-plan théorique du débriefing / Qu'est-ce qu'un débriefing ?

Avant de présenter des aides concrètes pour la réalisation des observations et du débriefing dans la deuxième partie du document, nous décrirons brièvement ci-après le concept de débriefing d'un point de vue théorique, et en donnerons la définition.

Dans le cadre de la recherche sur les débriefings lors d'opérations simulées, Kolbe et al. définissent un débriefing comme « instructor-guided conversation among trainees that aims to understand the relationship among events, actions, thought and feeling processes, and performance outcomes. »(6, p. 1).

Ce qui, librement traduit, signifie : Un débriefing est un « entretien guidé par des formateurs entre des personnes observées ayant pour objectif de comprendre les corrélations entre les événements, les actions, les réflexions, les processus émotionnels et les résultats des actions », qui permet d'en tirer des actions visant à l'amélioration. Les correspondances entre une opération simulée et une intervention réellement réalisée sont importantes, par conséquent, les exigences concernant le débriefing coïncident elles aussi. Pour cette raison, cette définition a été adoptée dans progress ! La sécurité en chirurgie.

Les traits fondamentaux et impératifs qui différencient un débriefing d'autres interventions ou moments d'échange/d'apprentissage sont les suivants :

¹ Sécurité des patients suisse met à disposition de la direction du projet un modèle de fiche toutes les 4 à 6 semaines. Le groupe de projet y consigne les décisions importantes, les étapes du projet réussies et programmées. Les défis, expériences réussies, etc., y sont également consignés. Tous les hôpitaux renvoient ce document rempli à sécurité des patients suisse aux fins de l'évaluation. Il peut également être utilisé pour la communication/le reporting interne auprès de la direction de l'hôpital, des ambassadeurs et des autres professionnels concernés (communication, formation professionnelle et formation continue, développement de l'organisation, etc.).

Manuel - Observations internes, débriefings

- 1 Apprentissage actif : les éléments essentiels d'un débriefing doivent être la confrontation, la réflexion et la planification actives. Ne retenir que le feedback sans logique sous-jacente ne répond pas aux exigences d'un débriefing.
- 2 Intention de développement : les débriefings doivent avoir pour premier objectif l'amélioration d'un « élément ». L'objectif doit viser à l'amélioration et au développement (ne doit pas juger, ne doit pas punir). Une intention de contrôle / surveillance simple est contre-productive et ne fait pas l'objet du débriefing.
- 3 Contenus / événements spécifiques : les débriefings doivent faire référence à des situations, événements ou activités concrets. Les compétences, processus ou comportements généraux de niveau supérieur ne font pas partie d'un débriefing.
- 4 Plusieurs sources d'information : les débriefings doivent contenir des informations provenant de différentes sources. Un débriefing ne s'effectue pas seul, mais repose sur l'échange d'informations et de points de vue de plusieurs personnes. Les débriefings sont caractérisés par la présence d'au moins une source d'information externe (observateur par exemple) et par l'échange au sein de l'équipe. Une autoréflexion sous forme de journal ne correspond pas aux exigences d'un débriefing (voir (5)).

Les débriefings ne sont pas des « entretiens ou feedbacks arbitraires ». Un bon débriefing suit des règles précises et a une structure définie, qui doit être expliquée à tous les participants. Les structures et techniques dépendent du modèle théorique sur lequel repose le débriefing et doivent (et peuvent !) être apprises par le formateur. Il ressort de plus en plus de la littérature (par exemple 7) que les débriefings sont efficaces avant tout si les « apprenants » sont soutenus et encouragés à formuler leurs propres expériences et points de vue, et à en tirer des enseignements, plutôt que s'ils sont formés en enseignement frontal. Ici entre en jeu l'équilibre entre la reconnaissance du point de vue de l'autre et la présentation claire d'un comportement correct par le débriefer, sur la base d'un modèle d'expert. Ces connaissances guident la formation / l'entraînement des formateurs pour un débriefing efficace, afin de soutenir les personnes à débriefer dans leur prise de conscience, leur perception, et de leur fournir un feedback constructif mais également correctif.

Dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie, l'approche adoptée pour le débriefing est celle du jugement bien intentionné (« good judgement ») (7), l'entretien étant mené dans le style de « l'advocacy inquiry » (8). Ces deux termes spécialisés anglais sont difficilement traduisibles en français. Pour cette raison, nous les laisserons en anglais, mais ils seront décrits et expliqués plus loin dans le texte. Ces deux approches (« good judgement » et « advocacy inquiry ») s'appliquent idéalement au projet progress ! La sécurité en chirurgie et au débriefing. Il s'agit de stratégies de conduite d'entretien au sens large et non d'un « programme » fixe à développer en plusieurs étapes. Elles peuvent ainsi être adaptées aux ressources personnelles et temporelles.

Le contexte du « good judgement » décrit l'attitude de base du formateur envers les apprenants. Dans le cadre du débriefing, il est essentiel que le formateur parte du principe que l'apprenant agit de manière consciente de ses responsabilités, de façon cohérente avec son point de vue. L'estime et la reconnaissance réciproques ainsi que la prise au sérieux du point de vue de l'autre font partie intégrante d'un débriefing constructif. Le formateur formé à cette fin peut reconnaître qu'il y a une explication sensée à un comportement incorrect s'il connaît le point de vue de l'autre.

En outre, le formateur tient compte du fait qu'il peut se tromper lui aussi, ou qu'il a tiré des conclusions, sur la base de son point de vue, qui sont à revoir. Les apprenants ne sont pas « laissés dans le flou » concernant ce que le formateur entend par « comportement correct ». Le point de vue de chaque personne est pris au sérieux, évalué et reconnu, en s'efforçant de comprendre pourquoi les personnes se comportent / se sont comportées d'une façon ou d'une autre. L'objectif du débriefing est une compréhension réciproque, qui forme la base d'un processus commun. On recherche un rapprochement et un recoupement des différents points de vue, afin de s'assurer que, dans les situations à venir, les différentes personnes impliquées voient les choses sous le même angle. Le débriefing suit le principe du « je vois, je pense, je demande, pour comprendre ». À partir du rapprochement des différentes perceptions et de la compréhension réciproque du comportement de l'autre, il est possible de définir et de convenir de modifications concrètes du comportement. Ceci permet de définir quelles informations doivent être

à la disposition de toutes les personnes concernées et/ou quelles approches doivent être communiquées afin de fournir à toutes les personnes présentes dans la salle le même modèle et les mêmes hypothèses de départ et informations.

« Advocacy inquiry » (7-9) désigne un type de conduite d'entretien consistant en une combinaison de feedback et de réflexion. L'advocacy inquiry est donc une stratégie de communication composée de la combinaison d'un énoncé / observation / constat (« advocacy ») et d'une question connexe (« inquiry »). Guidée par le formateur, qui indique de façon ciblée les « lacunes de prestations », une réflexion concernant les actions entreprises est engagée. L'accent est placé sur la transparence du processus de réflexion du formateur et des apprenants. Ceci permet de réfléchir sur le schéma mental des participants. Il est ensuite possible d'en dégager des explications concernant les « lacunes de prestations » et de trouver des solutions d'amélioration à l'aide de discussions. Des exemples concrets contenant des propositions de formulation figurent au point 4.2.2 du manuel.

Que signifie la théorie pour la pratique ?

Je vois, je pense, je demande, pour comprendre et trouver des solutions

En cinq étapes

1. *Observation* : Que vois-je ? Quelles étaient mes attentes sur la base de mon expérience, des preuves connues, des SOP, etc. ?
2. *Rétroaction* : Retour d'informations à l'équipe : Qu'ai-je observé ? Quelles étaient mes attentes ?
3. *Compréhension* : Quel est le point de vue / l'hypothèse des participants à la base du comportement observé ?
4. *Réflexion* : Quelles raisons sous-tendent les différents points de vue / hypothèses ? À quel stade est-il possible de mettre en place une modification ? Quelles sont les conditions requises pour une modification ?
5. *Formulation d'une solution possible* : Quel comportement la personne / l'équipe peut-elle concrètement modifier ? Formulation d'une « intention d'action » concrète pour la prochaine

2 Le manuel

2.1 Ce manuel est

Ce manuel est conçu comme un soutien à une bonne mise en œuvre d'une check-list chirurgicale à l'hôpital. Il est conçu de façon à pouvoir être utilisé par les collaborateurs participant au projet après la formation correspondante, pour assister concrètement les équipes OP dans l'application réussie de la check-list chirurgicale. Il contient des conseils pour la sélection de l'observateur (observateur / débriefeur), des conseils pour l'observation ainsi que des indications pour le débriefing final. Il est possible d'en utiliser les propositions de formulation, qui servent, notamment au début, à structurer le débriefing et à le mener de façon constructive. Avec l'expérience, les participants pourront élaborer leurs propres formulations.



Manuel - Observations internes, débriefings

Les observations internes avec débriefing final sont réalisées par les établissements. L'objectif est d'améliorer de façon ciblée l'utilisation de la check-list chirurgicale en discutant de la performance observée directement avec l'équipe observée, à l'occasion d'un débriefing structuré au cours duquel des objectifs d'amélioration sont définis. Les observations internes sont ainsi une intervention ciblée qui doit promouvoir l'utilisation correcte de la check-list chirurgicale.

Le manuel a été rédigé avec des experts et sur la base de la littérature actuelle. Dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie, il est utilisé dans les hôpitaux pilotes et sera modifié si nécessaire au terme du projet. En raison des ressources très limitées en termes de temps et de personnel dans le quotidien OP (durée du débriefing), dans l'hôpital (nombre de débriefings), et conformément à l'esprit d'un pilote, sécurité des patients suisse s'est concentrée sur quelques aspects de l'observation lors de la rédaction du manuel. Les aspects sélectionnés sont souvent décrits dans la littérature comme complexes et essentiels à l'efficacité de la check-list (10-12). Le manuel se focalise sur la communication professionnelle et structurée au sein de l'équipe. Sécurité des patients suisse se concentre dans le présent manuel sur les aspects décrits ci-dessous. Pour quelques de ces aspects, sécurité des patients suisse a développé des exemples avec propositions de formulation concrètes voir page 13). Ceci devrait permettre de faciliter l'application pratique. Sécurité des patients suisse recommande aux hôpitaux de commencer par les aspects suivants :

- la présentation en équipe
- la participation de toutes les personnes / de tous les groupes professionnels concernés au Team Time Out
- l'identification correcte du patient et de l'intervention
- la vérification de tous les points de la liste.

Naturellement, les hôpitaux peuvent sélectionner des points supplémentaires pour les observations / débriefings, adaptés à leur situation spécifique et à l'état d'application de la check-list dans leur établissement. Dans le manuel, des exemples concernant les points décrits comme critiques dans la littérature ont été volontairement sélectionnés. Il vaut la peine de se concentrer sur des points particuliers pour obtenir une modification du comportement et une amélioration efficaces lors de l'application de la check-list.

2.2 Ce manuel n'est pas

Ce manuel n'est pas un manuel de formation complet pour la sécurité en OP ou pour l'amélioration du travail d'équipe. En outre, le débriefing ne représente pas une intervention thérapeutique. Il s'agit d'une aide reposant sur la littérature scientifique et sur des entretiens avec des experts, visant à assister et à promouvoir la mise en œuvre et l'application réussies de la check-list chirurgicale, en fournissant un feedback concret aux équipes participantes. Le manuel est développé et piloté dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie. La procédure doit être vérifiée et évaluée dans la pratique, ce qui a lieu dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie au sein des établissements pilotes. Au terme du projet d'approfondissement, des mises au point seront réalisées sur la base de l'expérience acquise, afin de mettre à disposition un manuel et un outil en mesure d'aider les hôpitaux à mettre en œuvre ou à poursuivre en leur sein l'application correcte de la check-list chirurgicale / check-list de l'OMS.



3 Préparation / conditions cadres

Ci-dessous sont présentées les exigences concrètes concernant la programmation, la personne qui réalise l'observation / le débriefing, la configuration, et l'observation et le débriefing à proprement parler. Des aides à la formulation et des exemples concrets sont fournis pour aider la personne réalisant l'observation / le débriefing.

3.1 Exigences concernant la configuration

Étant donné que les observations avec débriefing final n'ont pas lieu lors de simulations, mais sont intégrées au quotidien des personnes observées, il est important de définir un cadre temporel clair et de le communiquer à l'avance à l'équipe. Nous partons d'un laps de temps de 10 à 15 minutes maximum pour un débriefing après l'intervention ou éventuellement directement après le Team Time Out. S'il est possible de réaliser un débriefing constructif dans ce laps de temps (5), il est cependant nécessaire de n'aborder que les points choisis. Il est essentiel d'avoir une compréhension claire des objectifs d'amélioration, des possibilités de modification ou des comportements à poursuivre au terme du débriefing. C'est pourquoi le fait de se limiter à quelques points essentiels est plus pertinent que de faire un « examen général et superficiel de la situation observée ».

Les débriefings doivent être intégrés dans le quotidien normal de l'OP. Pour mener un débriefing de façon productive et cohérente, tous les membres de l'équipe doivent être présents. Ceci nécessite une programmation précise et une intégration du débriefing dans le programme opératoire. Il est indispensable de planifier expressément les débriefings et le temps nécessaire à leur réalisation. L'intégration du débriefing dans le quotidien de l'OP représente un défi logistique. Prenez impérativement en compte les points suivants lors de la programmation du débriefing :

- Comment vous assurer que tout le personnel est disponible pendant 10 à 15 minutes pour effectuer le débriefing dans une pièce ?
- Quel est le moment idéal pour le débriefing dans le déroulement de l'opération observée ?
- Le débriefing peut-il être réalisé directement après le Team Time Out ou le Sign Out, c'est à dire avant l'intervention et avant que le patient ne quitte la pièce ? Ce serait le moment idéal (voir le paragraphe ci-dessous).
Le débriefing est-il plus facile à intégrer dans l'emploi du temps certains jours que d'autres ? Il convient également de réfléchir à ce que fait l'observateur pendant l'intervention en cours. S'il sort de la salle d'opération, quelqu'un doit penser à l'informer à l'approche de la fin.
- Où le débriefing a-t-il lieu s'il n'est pas réalisé directement après le Team Time Out ou après le Sign Out ? Quelle pièce les équipes peuvent-elles utiliser pour le débriefing dans ce cas ? Comment les tâches connexes peuvent-elles être réparties de façon à ce que tous les participants puissent prendre 10 à 15 minutes pour le débriefing ?
- Est-il intéressant d'observer et de débriefer de préférence des « opérations marginales » ?

Étant donné que les débriefings concernent le travail direct avec les patients, il convient de vérifier si une autorisation ou approbation de la commission de déontologie de l'hôpital est nécessaire, notamment lorsque l'intégration du débriefing a lieu directement après le Team Time Out ou le Sign Out. L'un des avantages de procéder au débriefing directement après le Team Time Out ou le Sign Out est que tous les participants se trouvent encore dans la pièce et que le débriefing peut être réalisé quasiment en temps réel. L'un des inconvénients est que le déroulement de l'intervention en est modifié et retardé et que ceci nécessite une anesthésie plus longue du patient. L'avantage des « interventions marginales » est que ceci ne cause aucun retard dans le déroulement du programme opératoire. Par ailleurs, si on utilise les interventions marginales, les membres de l'équipe ont, surtout au début des observations internes avec débriefing, la possibilité de reconsidérer le débriefing et de l'assimiler sans que ceci ne les affecte dans le déroulement normal des interventions. L'inconvénient de se focaliser sur les interventions marginales est que ceci réduit l'échantillon sélectionné. Vous toucherez probablement moins bien certains groupes de personnes que d'autres dans le cadre des interventions marginales. Par ailleurs, pour ce qui concerne les interventions marginales, il convient de prendre en compte le

Manuel - Observations internes, débriefings

fait que des changements d'équipe ont lieu dans de nombreuses interventions et que les équipes sont remplacées / relevées même en cours d'intervention. Il peut ainsi arriver en cas de débriefing en fin d'intervention que l'équipe présente ne soit plus la même que l'équipe ayant réalisé le TTO.

Il est indispensable de tenir compte des constats ci-dessus et de les évaluer lors de la programmation du débriefing. Il n'y a pas de recommandation unique pour l'exécution et l'organisation du débriefing. Selon l'établissement et son organisation interne, chaque hôpital doit définir et mettre en œuvre l'intégration du débriefing au quotidien de la manière qui lui sied le mieux. Globalement, il est important que les débriefings soient expressément programmés et intégrés au quotidien. Un débriefing ne peut pas être intégré spontanément.

L'un des autres points importants à prendre en compte lors de la préparation des observations internes est la planification de la démarche et l'information et le recrutement des équipes qui y participent. Veuillez tenir compte des éléments suivants dans le cadre de la préparation et de l'information préalable :

- Informez clairement que les observations ne sont pas « cachées », c'est-à-dire que tous les membres de l'équipe doivent avoir été informés et doivent exprimer leur accord avant l'exécution d'observations et de débriefings internes.
- Dans tous les cas, indiquez toujours clairement qu'il **ne s'agit pas** d'un contrôle mais d'une opportunité d'amélioration.
- Précisez également qu'elle **ne concerne pas** les individus, mais l'amélioration de la prestation de l'équipe dans son ensemble.
- Indiquez également clairement que les données / observations / entretiens sont confidentiels et qu'ils ne sortent pas de l'équipe
- Précisez que les débriefings sont une mesure prise dans le cadre de l'application de la check-list. Ils sont réalisés sur des équipes sélectionnées de façon aléatoire, au fil du temps. Cependant, au départ, il peut être avantageux pour la formation des débriefeurs d'observer et de débriefier des équipes volontaires.
- Comment pouvez-vous promouvoir les débriefings dans votre établissement ?
- Comment communiquez-vous l'objectif des débriefings ?
- Demandez-vous si vous souhaitez éventuellement observer et débriefier des équipes plusieurs fois. Ceci étant entendu comme intervention d'amélioration avec suivi.

3.2 Exigences concernant la personne

Avant l'exécution proprement dite des observations et débriefings, la personne exécutante doit être sélectionnée. Le choix de cette personne est une condition importante pour la réussite d'une observation et débriefing interne. Y a-t-il dans votre établissement des personnes possédant déjà une expérience de la réalisation de débriefings ? Vous devez penser à ces personnes en priorité. Si vous souhaitez impliquer de « nouvelles » personnes dans ce projet, pensez aux personnes qui pourraient convenir. Les personnes que vous sélectionnerez en interne doivent remplir les critères suivants :

- autorité naturelle
- reconnue par les autres collaborateurs
- capables de mettre en place une communication constructive et « d'intégrer » le concept de débriefing (la personne fait office de « learning facilitator »)
- très probablement présente dans l'établissement sur toute la durée du projet d'approfondissement (faible probabilité de déplacement)
- disposant du temps / des ressources et de la volonté de participer à la formation et de réaliser ensuite des débriefings internes



4 Maintenant, c'est à vous !

Une fois les questions de logistiques et d'organisation résolues et les personnes chargées du débriefing sélectionnées et formées, il est temps de passer à la réalisation concrète des observations et débriefings. Comment procéder ?

L'observateur se présente à l'équipe et décrit l'objectif de l'observation avec débriefing. Il est important d'informer l'équipe que l'observation n'est pas une vérification au sens de contrôle, mais est conçue comme une mesure de soutien pour l'application correcte de la check-list.

4.1 Première étape : Observation

Pour les observations, utilisez un protocole d'observation adapté à la check-list utilisée dans l'établissement. En annexe 1 figure un modèle générique de protocole d'observation, ainsi qu'un exemple concret provenant d'un hôpital pilote. Les observations servent d'une part à l'information directe de l'observateur / débriefeur en tant que personne non impliquée directement dans l'intervention, d'autre part elles forment une base objective et un protocole qui peuvent servir à développer des mesures d'amélioration et à analyser les performances. Ainsi, l'utilisation d'un outil standardisé permet de poser les bases du débriefing final. Dans le cadre du débriefing, il est possible de faire référence à la collaboration dans l'équipe si elle a représenté une / la raison de la réussite / de l'échec de l'application de la check-list. Le manuel ne constitue cependant pas un guide d'observation / d'amélioration de la communication dans l'équipe. Les seuls points abordés sont les items de la check-list.

Sur quels points dois-je me concentrer particulièrement en tant qu'observateur ?

Lors de l'observation avant le débriefing : prenez note des interactions concernant l'item cible. Pour pouvoir rapporter concrètement le débriefing au comportement et à la situation observés, il est important que l'observateur prenne note des mots prononcés en référence à l'élément cible. À l'aide de ces notes, il est possible de réaliser un débriefing qui fasse concrètement référence à la situation réelle et qui ne s'attarde pas à un niveau supérieur ou à des généralisations. Le débriefing en tant qu'entretien de feedback concret ne peut que reposer sur les interactions concrètes. Plus il est possible de récapituler les comportements lors du débriefing, plus ce dernier est utile pour soutenir l'équipe.

Observer signifie également prendre note sans jugement des comportements à améliorer. Les observations permettent d'aborder et d'analyser des aspects du comportement de façon ciblée lors du débriefing qui s'ensuit, pour pouvoir ensuite définir des objectifs d'amélioration. C'est pourquoi il est important que l'observateur reste au second plan lors de l'observation. Il ne participe pas à la situation observée et n'intervient en aucun cas. Le comportement observé est annoté pendant la situation, mais n'est pas jugé, corrigé ni encouragé. Ceci a lieu par la suite, dans le cadre du débriefing.

Les observations doivent être les plus précises et objectives possibles. Les comportements ne doivent pas être interprétés. L'observation la plus objective possible de l'application de la check-list chirurgicale est la condition préalable à un débriefing. L'observateur rassemble les données pour le débriefing. Le comportement n'est pas interprété. Seul un comportement observable peut faire l'objet du débriefing. Les interprétations et les déductions concernant des intentions / arrière-plans qui auraient pu sous-tendre le comportement des différentes personnes distraient de l'observation et de l'annotation des événements. Pendant les observations, l'observateur doit prendre des notes afin de cerner la situation de façon précise et concrète. Ceci laisse moins de marge à l'interprétation.

Une unité d'observation est en général le traitement d'une partie donnée de la check-list. L'observation commence par exemple au début du Team Time Out. L'observation se termine à la fin du Team Time Out. En général, il s'agit du dernier point de la partie concernée de la check-list.



4.2 Deuxième étape : débriefing

Le débriefing a lieu directement après l'observation ou au moment choisi et prévu. Le protocole d'observation sert de base et de structure au débriefing. Ensuite, certains points centraux sont abordés.

Les observations internes et les débriefings ne font pas référence au comportement des individus, mais se focalisent sur l'observation et l'amélioration du processus dans l'équipe. Le feedback constructif n'est possible que si les comportements concrets des individus sont intégrés dans le processus de groupe. La personne qui mène le débriefing est ainsi confrontée à la tâche délicate d'aborder sa mission comme « mission indépendante des individus », tout en rapportant concrètement les contenus des entretiens au comportement de chaque personne au sein de l'équipe. Tandis qu'il ne s'agit pas de considérer les observations et débriefings internes comme outil de contrôle d'« XY », pendant le débriefing, le sujet central est précisément le comportement de cette personne comme élément du processus de groupe en lien avec l'utilisation de la check-list.

L'équipe est informée du déroulement du débriefing après l'observation. Si possible, toute l'équipe participe au débriefing, qui dure 10 à 15 minutes. Le débriefing se concentre sur l'exécution / la non-exécution d'items importants de la check-list. Dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie, il n'est pas prévu de se consacrer explicitement à la collaboration dans l'équipe (Ressources & Objectifs du programme). L'observateur joue le rôle de modérateur, structure et mène le débriefing en assumant une fonction de soutien (« facilitateur »).

4.2.1 Comment mener un débriefing ? Comment est construit un débriefing ?

Les traits principaux d'un débriefing sont esquissés ci-dessous. Le paragraphe 5 contient des exemples de formulation concrets pour la transposition aux situations en OP et l'intégration dans un débriefing.

Conseils généraux pour le déroulement de chaque débriefing

Le débriefeur doit être curieux et ouvert afin de pouvoir comprendre les autres personnes. Lors du débriefing, l'objectif est de comprendre le point de vue de l'autre, afin de comprendre les raisons qui ont motivé son comportement et d'identifier les possibilités de modification. Lors du débriefing, l'une des manières de mener l'entretien qui a fait ses preuves est celle qui fait concrètement référence au comportement observé et le décrit précisément. Les comportements ou situations concrètement observés doivent être l'objet du débriefing. Ceci laisse ainsi peu de marge à l'interprétation hâtive. Dans certaines conditions, il peut être utile d'étayer le comportement cible par des faits et des preuves. Dans l'ensemble, il est important que le débriefeur fasse état de son point de vue de façon claire et univoque. Celui-ci repose sur l'utilisation correcte de la check-list chirurgicale, qui a été définie dans l'établissement lors de la modification de la check-list dans le cadre de progress! La sécurité en chirurgie.

Formulations générales qui peuvent être utilisées à chaque débriefing

Les affirmations, les phrases et les questions doivent dans la mesure du possible être formulées dans l'optique du « je » :

- « J'ai observé que... »
- « Je me demande pourquoi... »
- « Je suis content de voir que... »
- « J'ai été perturbé par le fait que... »

Par ailleurs, posez si possible des questions ouvertes et courtes :

- « Je suis curieux de savoir comment tu as perçu le fait que... »
- « Qu'est-ce que tu as pensé à ce moment ? »
- « Comment l'as-tu ressenti ? »
- « Je me demande pourquoi... »

5 Déroulement du débriefing

Après l'observation, le débriefeur doit sélectionner un aspect qu'il analysera dans le groupe lors du débriefing. S'il existe des différences entre les « comportements observés » et les « comportements attendus » concernant l'utilisation correcte de la check-list en ce qui concerne les aspects sélectionnés pour ce manuel, il est conseillé de les aborder lors du débriefing (voir le chapitre 2.1).

Au début, on demande aux personnes observées comment elles ont vécu la séquence d'observation et s'il y a des points qu'elles souhaitent aborder pendant le débriefing. Le déroulement des différentes étapes d'un débriefing est décrit dans ses grandes lignes et expliqué ci-après.

Rétroaction :

Le contenu de l'observation est présenté au groupe. Le débriefeur présente sa propre observation et perception dans la pièce. En même temps, il fait déjà référence au comportement attendu : « J'ai vu que l'élément « présentation » figure sur votre check-list. J'ai cependant observé que l'élément « Présentation » n'a pas été exécuté. »

- Le problème est identifié, le débriefeur indique clairement qu'il a une « idée précise de ce qu'est l'exécution correcte ». Il ne s'agit cependant pas d'une leçon, mais de mettre le doigt sur des différences entre les attentes et l'observation.

Compréhension :

Question au « responsable » de l'élément discuté : « Comment as-tu perçu la situation ? Pour quelle raison as-tu omis cet élément ? »

- Le débriefeur cherche ainsi à comprendre le schéma mental du responsable dans cette situation. Les motivations d'un comportement donné doivent être transparentes et rendues « visibles » pour tous les participants.

Réflexion :

L'équipe discute du problème et de l'explication avancée par **XX**. Le débriefeur guide le groupe de façon à ce qu'il décide des étapes suivantes ou qu'il cherche d'autres solutions possibles.

- Le débriefeur explore les schémas mentaux des autres participants. Sa tâche est de faire ressortir les aspects principaux ayant motivé le comportement et de les rendre compréhensibles pour tous. Il s'agit de réfléchir en groupe sur ce comportement et de trouver les motivations d'une action. Ceci permet de mettre en évidence les différences de points de vue.

Synthèse/solution :

Le débriefeur résume. Il esquisse le problème, les explications énoncées et formule les étapes suivantes ou la proposition d'amélioration. Il formule pour le groupe un « take home message » concrètement applicable aux situations futures et vérifie s'il est en accord avec les idées et attentes du groupe.

- Le débriefeur propose une alternative de comportement pour éviter le problème à l'avenir.

4.2.2 Concrètement, qu'est-ce que ça signifie ?

Vous trouverez ci-après des exemples de déroulement d'un débriefing. Ces exemples contiennent des formulations que vous pouvez adopter, surtout au départ. Elles sont conçues pour vous donner un point de repère et faciliter la réalisation du débriefing à l'hôpital. Les exemples font référence à des items décrits comme critiques dans la littérature. Les formulations sont cependant génériques et vous pouvez (et devez) les transposer à tout



Manuel - Observations internes, débriefings

moment à d'autres contenus. Les exemples font référence à une check-list hypothétique. Selon la liste modifiée, les questions peuvent être posées différemment, car le déroulement, les rôles et ce que dit chaque personne ont été définis différemment pour chaque hôpital lors de l'adaptation de la check-list. Ce processus défini avec précision est également nommé procédure, notamment dans l'aéronautique.

Exemple 1: Les membres de l'équipe se présentent-ils tous?

Scénario 1. L'item « Présentation dans l'équipe » est omis.

Le chirurgien commence le Team Time Out par l'item « Identité du patient ». Aucune des personnes présentes n'indique au chirurgien que l'item présentation n'a pas été exécuté. Le « Team Time Out » est marqué comme « exécuté » sur la fiche du patient.

Débriefing possible

Débriefeur: Commençons le débriefing. Avez-vous noté quelque chose lors du traitement de la check-list? En effet, vu le peu de temps à notre disposition, nous ne pourrions pas traiter tous les points. **(demande de réaction, structure des attentes)** J'aimerais revenir sur la présentation de tous les membres de l'équipe. **(présentation)** *J'ai observé que* le point « Présentation » n'a pas du tout été mentionné et que personne ne s'est présenté. **(rétroaction)**. La procédure prévoit que cet item soit toujours traité. Je m'attendais à ce qu'il soit traité vu qu'il s'agit du premier item de la CL. **(advocacy)** *Je suis curieux de savoir pourquoi* vous avez omis cet item? **(inquiry)**

Chirurgien: Nous avons opéré ensemble toute la matinée. Nous nous sommes présentés ce matin et savons qui nous sommes.

Débriefeur: D'accord, je peux le comprendre. J'ai également observé que vous n'avez pas tous parlé lors du TTO. La présentation, c'est-à-dire le fait d'énoncer rapidement son nom et sa fonction sert également à ce que tous disent quelque chose dès le début. Ceci rend plus facile la prise de parole lors du TTO. La présentation permet également de voir si tous sont prêts à se concentrer sur le TTO. *Comment percevez-vous cela?* **(compréhension)**

Chirurgien: Mais nous nous connaissons. C'est idiot de nous présenter à nouveau, on ne peut pas le prendre au sérieux. Cela n'empêche pas que tout le monde dise quelque chose.

Débriefeur: Oui, d'accord, je le conçois. Selon la CL, cependant, tous les items doivent toujours être traités pour établir une routine. *Je me demande comment* vous pourriez adapter la présentation afin qu'elle ouvre les portes à la participation de tous et puisse ainsi être établie comme routine. **(réflexion)**

Anesthésie: On pourrait s'adresser aux autres par leur prénom pour confirmer que les mêmes personnes sont encore là et se connaissent.

TSO: Hmm. Je ne sais pas, ça me semble encore très artificiel.

Chirurgien: Cette interpellation pourrait être intégrée au début du Team Time Out. C'est-à-dire que la question suivante pourrait être posée: « Frank, quel patient avons-nous? »

Anesthésie: Oui, cette possibilité me semble pas mal.

Débriefeur: Ok. Le problème est donc que la présentation semble artificielle et qu'elle ne peut plus être prise au sérieux. Pour cette raison, vous l'avez exclue. La prochaine fois, vous pourrez essayer de voir comment elle se passe si tous les membres de l'équipe sont interpellés par leur prénom au début. C'est-à-dire: « Marianne, tu es prête pour le Team Time Out? » **(synthèse/solution)**



Manuel - Observations internes, débriefings

Exemple 2: Tous les membres de l'équipe marquent-ils une pause pendant le TTO? (tous les membres de l'équipe sont-ils concentrés sur le TTO pendant toute sa durée sans s'occuper d'autre chose?)

Scénario 2a. Tous les membres de l'équipe ne marquent pas un temps d'arrêt pendant l'exécution du TTO.

Le chirurgien entre dans la salle d'opération, salue les personnes présentes, on l'habille en stérile, et pendant qu'il met ses gants, il demande à l'instrumentiste de porter un plateau supplémentaire sur la table. L'instrumentiste envoie l'infirmière circulante prendre le plateau dans le stock stérile. Alors que celle-ci revient et commence à l'ouvrir, le chirurgien demande à l'anesthésiste de faire le Team Time Out et de lire la check-list, sans attendre que l'infirmière instrumentiste et circulante puissent y participer. L'anesthésiste lit la check-list sans rappeler au chirurgien que tous ne sont pas encore prêts. Le « Team Time Out » est marqué comme « exécuté » sur la fiche du patient.

Débriefing possible

Débriefeur: Début du débriefing. Je voudrais d'abord savoir comment ça s'est passé pour vous. En effet, vu le peu de temps à notre disposition, nous ne pourrions pas traiter tous les points. **(demande de réaction, structure des attentes)**

J'aimerais revenir sur la pause de tous les membres de l'équipe pendant la durée du TTO. **(présentation)**

J'ai observé que tous les membres de l'équipe n'ont pas interrompu leurs activités pour le Team Time out. **(rétroaction)**

Je m'attendais à ce que Sara, en tant qu'infirmière de bloc opératoire fasse elle aussi une pause, car elle joue un rôle important dans l'équipe OP. **(advocacy)** Sara, qu'est-ce qui a motivé ton absence de pause? **(inquiry)**

Sara: Je ne me suis pas aperçue que le TTO avait commencé. Et quand je m'en suis rendu compte, nous en étions déjà à la moitié. Pour cette raison, j'ai préféré préparer mes instruments. Ceci est indispensable pour pouvoir opérer.

Débriefeur: D'accord, je peux le comprendre. Cependant, j'ai dans l'idée que tu joues toi aussi un rôle important dans l'équipe, et il serait à mon avis important que tu puisses participer activement au TTO. *Comment les autres ont-ils perçu cette situation?* **(compréhension)**

Chirurgien: Très sincèrement, je ne m'en suis même pas aperçu.

Anesthésiste: Je me suis demandé si je devais dire quelque chose. Mais ceci aurait retardé le déroulement et je me suis dit que ça aurait été excessif.

Débriefeur: Alors, si j'ai bien compris, vous voulez être efficaces. Je peux le comprendre et je trouve moi aussi que c'est important. Si je comprends bien la check-list, c'est également son objectif: si tout le monde marque une courte pause pour la check-list, tout le monde a la même possibilité d'être attentif et d'avoir le même niveau d'information. Ceci assure non seulement une plus grande efficacité, mais évite également des erreurs potentielles. *Comment pouvez-vous vous assurer d'une part que toutes les personnes s'arrêtent pendant le TTO et d'autre part de ne pas perdre trop de temps au début?* **(réflexion)**

Anesthésie: En réalité il suffit d'interpeler la personne qui exécute le TTO et de lui dire: « une minute, tout le monde n'est pas prêt ».

TSO: Hmmm. Je ne sais pas. C'est vraiment utile? Nous ne pouvons quand même pas attendre indéfiniment

Chirurgien: Je pense que le TTO devrait avoir lieu directement avant l'incision. À ce moment-là, tout le monde devrait de toute façon être prêt. Nous pourrions énoncer plus clairement le début du TTO, je pourrais par exemple dire clairement: « Début du Team Time Out » et vérifier ensuite activement que tous s'arrêtent en établissant un contact visuel avec chaque membre de l'équipe.

Sara: Oui, et je ferai plus attention la prochaine fois. Et si je n'ai pas fini ce que je suis en train de faire, je dirai moi aussi: « Attendez encore un instant s'il vous plaît ».

Débriefeur: Ok. Le problème était donc que tous ne s'étaient pas aperçus de qui faisait quoi et à quel moment. Et que le souci d'efficacité a porté à ne pas interrompre le TTO. Je viens d'entendre deux idées: 1. Chacun est appelé à faire attention au début du TTO et dans tous les cas à se manifester s'il a encore besoin de temps. 2. La personne qui exécute le TTO doit en indiquer le début à voix forte et claire par « Début du Team Time Out », en établissant un contact visuel avec chaque membre et en vérifiant que tous s'arrêtent et éventuellement expriment leur acquiescement. La prochaine fois, vous pouvez ainsi essayer de voir si cette stratégie est utile pour que toutes les personnes de l'équipe marquent une pause lors du TTO. **(Synthèse/solution)**



Manuel - Observations internes, débriefings

Scénario 2b. Tous les membres de l'équipe marquent un temps d'arrêt pendant l'exécution du TTO.

L'intervention prévue dans le programme opératoire est une appendicectomie. Le chirurgien commence le Team Time Out sans attendre que l'infirmière opératoire, qui est encore occupée à préparer les instruments, interrompe son action et se joigne au Team Time Out. L'infirmier anesthésiste présent intervient et indique au chirurgien que toutes les personnes importantes ne sont pas encore prêtes pour le TTO. Le chirurgien attend que l'infirmière opératoire ait préparé les instruments et s'arrête pour le Team Time Out. Le « Team Time Out » est marqué comme « exécuté » sur la fiche du patient.

Débriefing possible

Débriefeur: Commençons le débriefing. Je voudrais d'abord savoir : comment ça s'est passé pour vous? En effet, vu le peu de temps à notre disposition, nous ne pourrions pas traiter tous les points. **(demande de réaction, structure des attentes)**

J'aimerais revenir sur la pause de tous les membres de l'équipe pendant la durée du TTO. **(présentation)**

*J'ai observé que vous avez interrompu le TTO parce que tous n'étaient pas prêts. Puis vous avez recommencé du début. **(rétroaction)** Je suis content de voir que vous avez interrompu le TTO pour que toutes les personnes importantes puissent « monter à bord ». **(advocacy)** Je me demande ce qui t'a poussé à interrompre le chirurgien? **(inquiry)***

Infirmier anesthésiste: J'avais remarqué que Sara était encore occupée. Au début, je ne voulais rien dire pour ne pas interrompre le déroulement, mais après j'ai pensé: « Si tous ne participent pas, cela ne nous apporte rien. Et en fin de compte, 10 secondes, ce n'est rien ». C'est pourquoi j'ai pris la parole, et j'ai bien fait.

Débriefeur: D'accord, je peux le comprendre. C'est précisément quand tous marquent une pause que la check-list fonctionne. Je conviens cependant que ceci a parfois un coût. *Pour cette raison, je suis curieux de savoir comment les autres ont perçu cette interruption?* **(compréhension)**

Chirurgien: Très sincèrement, je ne m'en suis vraiment pas aperçu.

Anesthésiste: J'ai trouvé ça très bien. C'est exactement de cela qu'il s'agit. Que nous marquions tous une pause et que nous nous sentions tous responsables au sein de l'équipe de nous assurer que tous s'arrêtent. Le TTO est un travail d'équipe. Et l'interruption n'a pas dérangé, au contraire. Le temps que ça nous a pris de recommencer du début vaut de toute façon la peine. Si nous ne prenons pas le TTO au sérieux, ce n'est pas la peine de le faire.

Débriefeur: Je trouve que c'est une autre information intéressante. Donc, il me semble que vous avez perçu l'interruption comme positive, contrairement aux craintes. Elle a indiqué que l'équipe prend au sérieux le TTO et que vous vous sentez responsables de l'exécuter correctement. **(réflexion)**

TSO: Oui, c'est vrai. Je ne l'avais encore jamais vu sous cet angle. L'interruption ne m'a pas non plus dérangée, mais je ne l'avais pas vue comme une chose positive. Mais quand je l'entends maintenant, je dois reconnaître que: « Oui, c'était une bonne chose. Nous devrions tous le faire. »

Débriefeur: Qu'est-ce que vous en pensez? Comment pouvez-vous faire en sorte que ce comportement très positif se manifeste plus souvent?

TSO: Alors, si on sait que l'interruption sera perçue de façon positive, l'obstacle ne semble plus si haut pour ainsi dire. Il faut cependant également garder cette vigilance à l'esprit et faire attention au début TTO que tous s'arrêtent réellement.

Débriefeur: Ok. Il est donc important que tous sachent que l'interruption est non seulement correcte, mais également souhaitée et qu'elle a un effet très positif. Il faut toujours le garder à l'esprit. Vous avez ensuite dit qu'il est important de prendre conscience au début du TTO que celui-ci a effectivement commencé et que tous doivent y participer. **(Synthèse/solution)**



Exemple 3: Est-ce que l'identification du patient est effectuée correctement ?

Scénario 3a. Le Team Time Out est exécuté. Pour identifier le patient, seul son nom est lu.

Le Team Time Out est exécuté avant l'intervention. Après la présentation de l'équipe, le chirurgien passe à la vérification de l'identité du patient. Il dit: « Nous opérons aujourd'hui Monsieur Paul Häberli au fémur droit. » Il continue et demande à l'équipe anesthésiste si l'antibioprophylaxie a été réalisée. L'identité n'est pas vérifiée par deux sources différentes et n'est pas re-confirmée.

Débriefing possible

Débriefeur: Je suis d'abord curieux de savoir comment ça s'est passé pour vous tous? En effet, vu le peu de temps à notre disposition, nous ne pourrions pas traiter tous les points. **(demande de réaction, structure des attentes)** Je souhaiterais revenir sur l'identification du patient. **(présentation)**

J'ai observé que, pour l'identification du patient, quelqu'un a dit le nom du patient dans la pièce, mais je n'ai pas entendu d'identification provenant d'une deuxième source (par exemple le dossier du patient). **(rétroaction)** *Mon souci est que*, lorsque vous ne vérifiez l'identité que sur la base d'une seule source et par une seule personne, il n'y a pas de feed-back du contrôle. **(advocacy)** *Qu'est-ce qui a fait que* vous n'avez pas vérifié deux fois l'identité du patient? **(inquiry)**

Chirurgien: J'ai simplement prononcé le nom à haute voix. Quelqu'un se serait sans aucun doute manifesté s'il n'avait pas été d'accord. Et j'ai vu Monsieur Häberli hier.

TSO: Je me suis demandé en silence si le patient était bien celui que j'attendais. Quand le chirurgien a prononcé le nom que j'attendais, tout allait bien à mes yeux.

Débriefeur: J'ai l'impression que vous vous êtes demandé en silence si c'était bien le patient que tous attendaient. Pour l'identification du patient, la norme est que la réalisation d'un contrôle verbal double de l'identité du patient par deux sources différentes permette d'assurer qu'il s'agisse réellement du bon patient. *Quel est votre avis à ce sujet?* **(compréhension)**

Anesthésiste: J'ai également réfléchi, et j'aurais dit quelque chose si l'identité n'avait pas correspondu à mes attentes. Il faut faire attention à ce que ça ne devienne pas une pièce de théâtre. Si l'on confirme sans arrêt à droite et à gauche, ça en devient ridicule et plus personne ne le fait. C'est bien plus dangereux. Infirmier anesthésiste: Oui, je trouve aussi. D'autre part, nous aurions peut-être pu dire quelque chose à voix haute. Mais je me souviens que lors de la formation, l'anesthésiste a vérifié le nom et le prénom du patient avec son dossier et a confirmé le nom et le prénom à voix haute.

Anesthésiste: Il est tout simplement difficile de penser à tout. Ce n'est pas habituel.

Débriefeur: OK, *c'est à mon avis* une information importante. L'identification du patient est si importante que le chirurgien confirme le prénom et le nom du patient et sa date de naissance. Ensuite, son nom et son prénom sont vérifiés par un autre membre de l'équipe, par l'anesthésiste dans notre procédure, à l'aide du dossier, et confirmés à nouveau. En cas de présence d'imagerie, le médecin-assistant est chargé de vérifier ces éléments sur les images et d'indiquer immédiatement toute non conformité. Le contrôle et la confirmation par retour ne doivent naturellement pas devenir ridicules au point de faire baisser l'attention. D'autre part, la confirmation active par retour a un sens dans la boucle de sécurité car quelqu'un regarde à nouveau les documents etc. et que rien n'est laissé à la seule mémoire. C'est exactement ainsi que l'on empêche ces erreurs très rares qui pourraient avoir des conséquences dévastatrices. *Qu'est-ce qui pourrait aider, de votre point de vue, à ce que la confirmation de l'identité soit exécutée par plusieurs personnes sans que cela devienne ridicule?* **(réflexion)**

TSO: Peut-être que ça aiderait d'essayer en « conditions réelles » ici dans l'OP à la prochaine occasion, et de nous y entraîner sans cesse. Et ce serait utile de garder à l'esprit le but de la double confirmation. Il s'agit précisément que plusieurs personnes disposant de sources différentes vérifient l'identité afin de s'assurer que tout se passe effectivement bien.

Anesthésiste: Je le ferai la prochaine fois. Je n'ai pas encore assimilé ce principe et n'y suis vraiment pas habituée. Pour l'instant, je trouve ça bizarre et contraignant. Mais si je ne le fais pas activement, peut-être que quelqu'un pourra me le rappeler.

Débriefeur: Ok. Alors, pour résumer: Il semble qu'il y ait un dilemme entre d'une part la re-confirmation verbale comme élément important de la boucle de sécurité et d'autre part le ridicule. Je trouve que votre proposition d'essayer la re-confirmation verbale à la prochaine intervention est valide. Je peux m'imaginer que plus vous « jouez » la procédure, moins elle vous paraîtra drôle et plus vite vous passerez à autre chose. **(Synthèse/solution)**

Manuel - Observations internes, débriefings

Scénario 3b. Le Team Time Out est exécuté. Le marquage du patient est demandé.

Le Team Time Out est exécuté avant l'intervention. La patiente est opérée au fémur gauche, le site d'intervention est marqué par une flèche.

Débriefing possible

Débriefeur: *Je suis tout d'abord curieux de savoir comment ça s'est passé pour vous tous? En effet, vu le peu de temps à notre disposition, nous ne pourrions pas traiter tous les points. (demande de réaction, structure des attentes)*

Je souhaiterais revenir sur l'identification du patient et le marquage du site. **(présentation)**

J'ai observé que, lors de l'identification du patient et de l'intervention, vous avez vérifié activement le marquage et vérifié qu'il corresponde bien à l'intervention décrite dans le dossier du patient. (rétroaction) Je suis content de voir que vous avez comparé activement le marquage, c'est à mon avis un contrôle de sécurité important, qui est parfois considéré comme « superflu ». (advocacy) Qu'est-ce qui vous a poussé à vérifier si précisément le marquage du patient? (inquiry)

Chirurgien: Nous le faisons depuis de nombreuses années. Je n'y ai pas particulièrement réfléchi, c'est tout simplement une routine qui fait partie du déroulement. Dans le cas contraire, nous n'opérons pas si le marquage est absent ou s'il ne correspond pas au dossier.

TSO: Oui, c'est vrai. C'est la routine. Mais c'est nouveau que nous en parlions dans l'équipe. Mais je remarque, qu'il est plus simple de dire quelque chose ou de vérifier activement quelque chose si l'étape de contrôle du marquage est déjà présente dans la routine. Ainsi, on risque moins d'oublier la nouveauté qui veut la présence d'au moins une deuxième personne

Débriefeur: OK, ça me paraît logique. Le contrôle est par conséquent une routine en place depuis longtemps pour une partie de l'équipe. Ceci aide naturellement à son exécution. Les autres adoptent plus facilement le nouveau comportement s'il existe déjà une situation de départ bien ancrée. *Je suis curieux de savoir comment les autres le voient? (compréhension)*

Anesthésiste: Alors, j'ai toujours pensé qu'il serait bien de comparer le marquage avec le dossier et l'imagerie ou autre. C'est pourquoi cette nouvelle règle répond chez moi à un besoin. Je ne trouve pas difficile de m'y tenir. Au contraire, je remarque s'il n'est pas fait et je le dis.

Débriefeur: J'en suis ravi. Par conséquent, il est plus facile de mettre en place un nouveau comportement s'il est intégré de façon claire et structurée dans le processus et s'il est toujours effectué de façon automatique. Et c'est également plus facile si la règle est claire et semble sensée. J'ai donc l'impression que les points suivants sont utiles: 1. des règles claires, le partage des tâches clair et une structure claire et 2. quand le sens et l'objectif de la règle sont clairs pour tous. **(Réflexion)** Comment pouvez-vous vous assurer que ces deux points restent d'actualité à l'avenir et de quoi avez-vous besoin pour ce faire?

Anesthésiste: Alors, pour ce qui concerne le marquage, il s'agissait plutôt d'un hasard. Mais nous pourrions réfléchir s'il serait possible, à l'avenir, de rendre encore plus transparente, ou d'organiser quelque part, la possibilité que chacun a de s'informer en cas de question sur le but de la check-list, ou de certains items, ou encore de son déroulement. Ceci ne doit pas forcément avoir lieu avant l'intervention, mais aussi en-dehors de celle-ci. Nous devrions faciliter davantage l'accès à l'information, afin que tous puissent comprendre le sens des items ou des règles qui ne répondent pas à un besoin personnel, et qu'ils soient par conséquent plus enclins pour les appliquer.

Chirurgien: Oui, je trouve que c'est une bonne idée. Et nous devrions répéter davantage que si quelqu'un ne comprend pas quelque chose, il doit absolument poser des questions. Nous devons vraiment le faire. Je trouve également qu'il est important que nous procédions toujours de la même façon, pour aller plus vite.

Débriefeur: *Je viens d'entendre deux propositions: d'une part, que les informations doivent continuer à être mises à disposition, ou peut-être encore plus qu'auparavant et que les questions ou les doutes doivent être abordés et discutés activement au sein de l'équipe. J'ai l'impression que ceci est une très bonne stratégie pour l'avenir. Par ailleurs, vous avez rappelé l'importance du fait que chaque item de la check-list doit toujours être abordé de la même façon afin que le déroulement en soit plus efficace. Je trouve que ces deux propositions sont de très bonnes stratégies pour intégrer de nouveaux comportements dans le déroulement afin qu'ils fassent partie de la routine. (Synthèse/solution)*



5 Comment pourrais-je mieux l'exprimer? – Propositions de formulation

Pas comme ça:

Comme ça c'est mieux:

	<u>Utilisez des phrases avec « je »:</u>
« Ce n'était pas correct de »	« J'ai observé que... » « Je me demande pourquoi... » « Je suis content de voir que... »
« C'est faux... »	« J'ai été perturbé par le fait que... » « J'ai vu avec plaisir que... » « J'ai trouvé intéressant d'observer que ... » « J'ai noté la situation suivante lors de l'observation... »
	<u>Posez des questions courtes et ouvertes:</u>
	« Je suis curieux de savoir comment tu as perçu le fait que... » « Quelles ont été tes pensées à ce moment? » « Comment l'as-tu ressenti? » « À quoi pensais tu lorsque... » « Qu'as tu pensé à ce moment? » « Qu'est-ce qui pourrait t'aider à... » « Dans quelle situation est-il plus facile de...? »
« Tu as essayé de... »	« Je t'ai vu faire / entendu dire XY. J'ai eu l'impression que / Je l'ai entendu comme si ton objectif était de... Suis-je dans le vrai? »

6 Annexe 1: Questionnaire d'observation progress!

Le rapport d'observation suivant est donné à titre d'exemple. Un exemple pratique a été établi à l'aide du Team Time Out de la check-list modifiée d'un des hôpitaux pilotes. Le type de rapport d'observation le plus adapté ressortira du projet pilote, et pourra être abordé et discuté lors de la deuxième partie de la formation ou lors de l'Atelier 3.



Tous les membres de l'équipe ont-ils participé activement au TTO et ne faisaient rien d'autre en même temps?

Y a-t-il eu des résistances / le TTO a-t-il été tourné en ridicule?

Item de la check-list	exécuté?	<u>Remarques / Commentaires sur l'exécution</u>	
		Observation positive*	Écarts*
Indiquer ici les items de la check-list			

* Par rapport à l'exécution de la check-list selon la directive interne à l'établissement concernant l'application de la check-list.

Exemple de Team Time Out d'un établissement pilote

TEAM TIME OUT (Dirigé par l'infirmière opératoire / l'assistant opératoire): Avant l'incision avec le personnel OP spécialisé, l'anesthésie, le chirurgien et les autres personnes éventuellement concernées

Tous les membres de l'équipe ont-ils observé une pause?

Y a-t-il eu des résistances / moqueries?

Item de la check-list	exécuté?	<u>Remarques / Commentaires sur l'exécution</u>	
		Observation positive*	Écarts*
Tous les membres de l'équipe se présentent (nom et fonction)			
Confirmation active par tous les membres <i>Chirurgien</i> Identité: Nom, prénom, date de naissance			
Site de l'intervention (marquage)			
Vérification de l'antibioprophylaxie <i>Anesthésie/chirurgien</i> Administrée en temps voulu (en général dans un délai de 60 minutes avant l'incision)			
En cas de besoin, l'antibiotique pour une répétition intraopératoire du traitement a été préparé? Non indiqué			



Item de la check-list	exécuté?	<u>Remarques / Commentaires sur l'exécution</u>	
		Observation positive*	Écarts*
Événements critiques potentiels <i>Anesthésie</i> Éléments à risque du patient, gestion du volume, vasoactifs <i>Chirurgien</i> Points critiques ou inhabituels de l'intervention, traitements spécifiques (stéroïdes, héparine, etc.). Durée de l'intervention Saignement prévu Appareils (amplificateur de brillance, microscope, projecteur, etc.)			
<i>Personnel OP spécialisé</i> Confirmation de la stérilité (instruments, matériel, indicateurs de stérilité compris) Particularités concernant le matériel ou autres doutes			
Imagerie nécessaire pour le patient correctement identifié, du bon côté (radiographies, échographies, IRM, échocardiographie, angiographie coronaire, etc.) Présente et correcte Non applicable			
Implants corrects Disponibles/présents Non applicable			

* Par rapport à l'exécution de la check-list selon la directive interne à l'établissement concernant l'application de la check-list.





7 Bibliographie

- (1) 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 Eng J Med* 2009;360:491-9.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) 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. *Ann Surg* 2012;256(6):925-33.
- (5) Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society* 2013 Feb 1;55(1):231-45.
- (6) Kolbe M, Weiss M, Grote G, Knauth A, Dambach M, Spahn DR, et al. TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality & Safety* 2013 Mar 22;doi:10.1136/bmjqs-2012-000917.
- (7) Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare* 2006;1(1):49-55.
- (8) Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiology Clinics* 2007 Jun;25(2):361-76.
- (9) Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. *Acad Emerg Med* 2008 Nov 1;15(11):1010-6.
- (10) Braaf S, Manias E, Riley R. The 'time-out' procedure: an institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Quality & Safety* 2013 Apr 12;doi:10.1136/bmjqs-2012-001702.
- (11) Poon SJ, Zuckerman SL, Mainthia R, Hagan SL, Lockney DT, Zotov A, et al. Methodology and Bias in Assessing Compliance with a Surgical Safety Checklist. *Jt Comm J Quality Safety* 2013;39(2):77-82.
- (12) Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2012 Mar;21(3):191-7.