

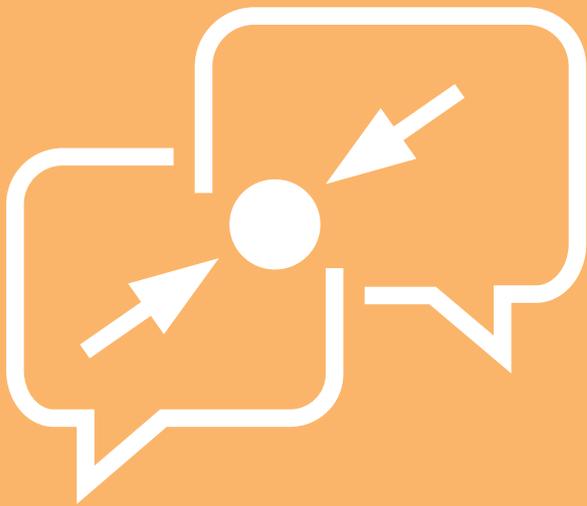
Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 5+

Achèvement et prolongement
de la publication n° 5

COM-Check – Sécurité chirurgicale



Fondation Sécurité des patients Suisse
Anita Imhof
Dre Annemarie Fridrich
Prof. Dr David Schwappach

Contenu

1	Remerciements	4
2	Avant-propos	5
3	Introduction	6

PARTIE A

4	Éléments qui viennent compléter la publication n° 5 : conception de la check-list et directives d'exécution	10
4.1	Deux types de check-lists : read-do et do-confirm	11
4.2	Deux types d'items de la check-list : les checks et les prompts	11
4.3	Adaptation de la check-list au contexte local ou dans le cadre du processus d'amélioration continue	12
4.4	Possibilités d'adaptation positives	13
4.5	Une ou plusieurs check-lists ?	14
4.6	Un standard minimum pour les interventions brèves, d'urgence et spéciales	14
4.7	Directives d'exécution	15
4.8	Directives de marquage	17

PARTIE B

5	Une meilleure sécurité grâce à l'autoévaluation et au feedback	20
5.1	Former une équipe de projet et d'observation interprofessionnelle	21
5.2	Déterminer les objectifs de monitoring individuels et les informations générales à recueillir	21
5.3	Définir la communication interne	22
5.4	Adapter les instruments de mesure de la compliance de la check-list chirurgicale	22
5.4.1	Définition de la compliance	22
5.4.2	Fréquence de la compliance	23
5.4.3	Intégralité et qualité de la compliance	24
5.5	Donner un feedback collégial et favorisant l'apprentissage	28
5.5.1	Attitudes et atmosphère	29
5.5.2	Feedback selon la technique en trois étapes	29
5.5.3	Situations dans lesquelles le feedback est difficile	30
5.5.4	Monitoring du feedback	31
5.6	Préparer les instruments destinés à la collecte des données	31
5.7	Former l'équipe à l'observation et au feedback	32
5.8	Mettre en œuvre les améliorations et planifier les mesures du progrès	33

6	Littérature	36
---	-------------	----

Annexe I :	Items de contrôle et de demande de la check-list chirurgicale	38
-------------------	---	----

Annexe II :	Modèle d'instrument destiné au recensement de la fréquence	40
--------------------	--	----

Annexe III :	Modèle d'instrument d'observation destiné au recensement de l'intégralité et de la qualité	41
---------------------	--	----

Annexe IV :	Pocketcard Observation et feedback	45
--------------------	------------------------------------	----

1 | Remerciements

Un grand nombre de spécialistes, d'expertes et experts, y compris les responsables de projet des anciens hôpitaux pilotes du premier programme pilote national, ont apporté une aide précieuse à l'élaboration du cinquième programme national « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale ». Lors d'entretiens détaillés, ils ont fait part de leurs expériences en matière d'emploi des check-lists chirurgicales dans leur hôpital et des mesures d'amélioration de la compliance. Ils nous ont également conseillé au cours du programme sur des questions concrètes.

Nous aimerions remercier les équipes d'observation et de projet interprofessionnelles des hôpitaux pilotes du programme national « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale ». Ils ont instauré et testé le concept de monitoring décrit au chapitre 5 afin de mesurer et d'améliorer la compliance de la check-list. Malgré la charge supplémentaire imposée par la pandémie de coronavirus et l'interruption du programme en raison des mesures sanitaires (restrictions dans les blocs opératoires, visites et rassemblements interdits pendant la première vague et une partie de la deuxième), ils ont réussi à atteindre – et même à dépasser – les exigences du programme grâce à leur engagement sans faille. À défaut de mentionner tous les membres des équipes de projet et d'observation interprofessionnelles, nous souhaitons nommer ici leurs responsables : Roosevelt Abilorme (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, HOJG), Dr Mirko Brenni (See-Spital Horgen Kilchberg), Adriana Degiorgi (Ospedale Regionale di Lugano, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli), Daniela Franco (Clinica Ars Medica), Anne-Catherine Germain (Spital Davos), Dr Werner Girgsdies (Medizinisches Zentrum Brugg AG), Dr Eva-Maria Jordi Ritz (Universitäts-Kinderspital beider Basel, UKBB), Dr Mireille Neumann (Spital Zofingen), Dr Marwan Obeid (Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais), Michela Pfyffer von Altishofen (Clinica Sant'Anna), Bekim Qerimi (AndreasKlinik Cham Zug), Nadine Schneider (Privatklinik Bethanien), PD Dr Sven Staender (Spital Männedorf).

Nous tenons aussi à remercier les associations professionnelles et les organisations qui ont offert leur soutien idéal au programme : la Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica FMCH, la Fédération des médecins suisses FMH, l'Association professionnelle suisse des techniciens en salle d'opération diplômés ES APS TSO, la Vereinigung für leitendes OP-Personal und OP-Management LOPS, la Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes SIGA/FSIA, et H+ Les Hôpitaux de Suisse.

Nos remerciements vont aussi aux membres du comité de pilotage progress !, qui ont suivi de près ses développements du programme et ont participé aux comptes rendus semestriels.

Prof. Dr David Schwappach,
directeur de la fondation Sécurité des patients Suisse

Anita Imhof MSc,
Responsable de programme

Dre Annemarie Fridrich,
collaboratrice scientifique

2 | Avant-propos

Après 1) « Sécurité chirurgicale », 2) « La sécurité de la médication aux interfaces », 3) « La sécurité dans le sondage vésical » et 4) « La sécurité de la médication en EMS », « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale » est le cinquième programme pilote national mis en œuvre par Sécurité des patients Suisse. Il se distingue des programmes précédents, car il n'est pas axé sur l'introduction de nouvelles mesures fondées sur des données probantes, mais sur le renforcement des compétences en matière d'observation, d'évaluation et de feedback au sein des hôpitaux. Or les compétences en matière de feedback revêtent une importance toute particulière, car elles font partie de la culture de sécurité. Le programme visait par conséquent à trouver une technique de feedback efficace, facile à utiliser et adaptée au rythme soutenu des blocs opératoires, qui soit ainsi source de réflexions et d'apprentissages pour l'équipe chirurgicale et ses membres individuels. Renforcer cette compétence à l'interne forme des « porteurs de culture » au sein de l'organisation.

La publication n° 5+ présente un concept de monitoring destiné à mesurer et à améliorer la compliance de la check-list chirurgicale. Ce concept s'appuie sur les fondements du premier programme pilote national, la check-list « Sécurité chirurgicale » ainsi que la publication n° 5 « Opération Sécurité chirurgicale » (1). La publication actuelle complète donc la publication n° 5, c'est pourquoi elle a été baptisée « Publication n° 5+ COM-Check – Sécurité chirurgicale ». Qui souhaite instaurer la check-list chirurgicale dans son hôpital lira la publication n° 5 et la première partie du présent document. Qui travaille déjà avec la check-list chirurgicale et souhaite améliorer son utilisation lira la publication n° 5+ et se servira de la publication n° 5 comme ouvrage de référence.

Le programme pilote national « progress ! » COM-Check – Sécurité chirurgicale » a bénéficié de l'appui financier de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, de la Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica FMCH ainsi que de la Hanela-Stiftung.

Les associations et organisations suivantes sont favorables aux idées qu'il présente :

- FMCH Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
- FMH Fédération des médecins suisses
- APS TSO Association professionnelle suisse des techniciens en salle d'opération diplômés ES
- LOPS Association pour le personnel et les cadres des blocs opératoires
- SIGA/FSIA Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
- H+ Les Hôpitaux de Suisse



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

3 | Introduction

Dix ans se sont écoulés depuis la parution de la check-list « Sécurité chirurgicale » et de la publication n° 5 « Opération Sécurité chirurgicale » (1). Bien que la check-list chirurgicale soit devenue la norme dans le domaine hospitalier, des analyses menées en Suisse et dans le monde montrent qu'elle n'est pas toujours employée systématiquement et avec diligence (2–8). C'est la raison pour laquelle Sécurité des patients Suisse a lancé et mis en œuvre son cinquième programme pilote, « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale ». Le terme « COM-Check » désigne la compliance de la check-list chirurgicale. Un haut niveau de compliance signifie que la check-list chirurgicale est employée de manière systématique et correcte par l'ensemble de l'équipe chirurgicale interprofessionnelle.

Les expériences acquises dans la pratique et dans le cadre du programme pilote national « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale » ont donné de nouveaux éclairages sur la check-list, sa fonction et ses items, son adaptation au contexte local, ses ajustements en cas d'interventions courtes, spéciales ou réalisées en urgence, ainsi que sur les directives de marquage et d'exécution et, finalement, sur le processus de la check-list dans son ensemble. Le chapitre 4 les décrit : elles viennent compléter les explications fournies dans la publication n° 5 (1).

Une check-list bien conçue ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle est employée correctement et systématiquement par l'ensemble de l'équipe chirurgicale, c'est-à-dire avec minutie, et à chaque intervention. Malheureusement, des données issues de la pratique montrent que ce n'est pas toujours le cas. La compliance de la check-list chirurgicale pourrait être améliorée. Un concept de monitoring a donc été développé dans le cadre du programme pilote national « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale » et testé dans 12 hôpitaux pilotes, sur 15 sites, afin de mesurer la compliance de la check-list chirurgicale et de l'améliorer durablement. Ce concept est décrit dans le présent document. Les étapes menant à son instauration sont décrites en détail et illustrées par des données tirées du programme ainsi que par les témoignages des participantes et participants dans les hôpitaux pilotes.

Le principe du programme COM-Check, « Une équipe – un objectif », souligne l'importance du travail en équipe et de la communication. Pour que la check-list soit efficace, chaque membre de l'équipe doit s'engager pleinement dans le processus. Par conséquent, la mesure et l'amélioration de la compliance incombent aussi à toutes les professions impliquées. L'équipe d'observation et de projet interprofessionnelle, composée de chirurgiens, chirurgiennes et anesthésistes, d'instrumentistes et d'infirmiers et infirmières anesthésistes, est donc le noyau du programme COM-Check.

Le concept de monitoring, qui consiste à mesurer la compliance de la check-list chirurgicale tout en améliorant l'observation et le feedback, doit être vu comme partie intégrante du processus d'amélioration continue et répété à intervalles réguliers. Les données de chaque période de mesure sont ainsi analysées afin d'en déduire les mesures d'amélioration à appliquer, le but étant un emploi durable et de qualité de la check-list, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, lors d'interventions ambulatoires, hospitalières, électives et urgentes.

Sources des données

Le texte suivant est illustré à l'aide des données et analyses tirées du cinquième programme pilote national « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale ». Elles proviennent des quatre sources suivantes :

COMPARAISON DES CHECK-LISTS MENÉE EN 2020 DANS LE CADRE DU PROGRAMME COM-CHECK

Au début du programme COM-Check, la forme et le contenu de 24 check-lists de 18 hôpitaux ont été analysés et comparés avec les modèles de check-list de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la fondation Sécurité des patients Suisse (SPS). Les résultats détaillés ont été publiés dans le Journal of Patient Safety au début de l'année 2021 (13).

COLLECTE DE DONNÉES MENÉE EN 2021 DANS LE CADRE DU PROGRAMME COM-CHECK : RECENSEMENT DE LA FRÉQUENCE*

Dans le cadre du programme COM-Check, 12 hôpitaux sur 15 sites ont recueilli des données de fréquence sur la compliance des check-lists. Au total, les données valides de 8622 interventions ont été collectées.

COLLECTE DE DONNÉES MENÉE EN 2021 DANS LE CADRE DU PROGRAMME COM-CHECK : OBSERVATION ET FEEDBACK*

Dans le cadre du programme COM-Check, les équipes interprofessionnelles internes de 11 hôpitaux sur 14 sites ont observé la compliance des check-lists. Au total, les données valides de 715 observations ont été collectées. Dans 565 cas, ces observations ont donné lieu à un feedback sur la compliance de la check-list, dont les données ont également été récoltées.

ÉVALUATION DU PROGRAMME COM-CHECK 2021

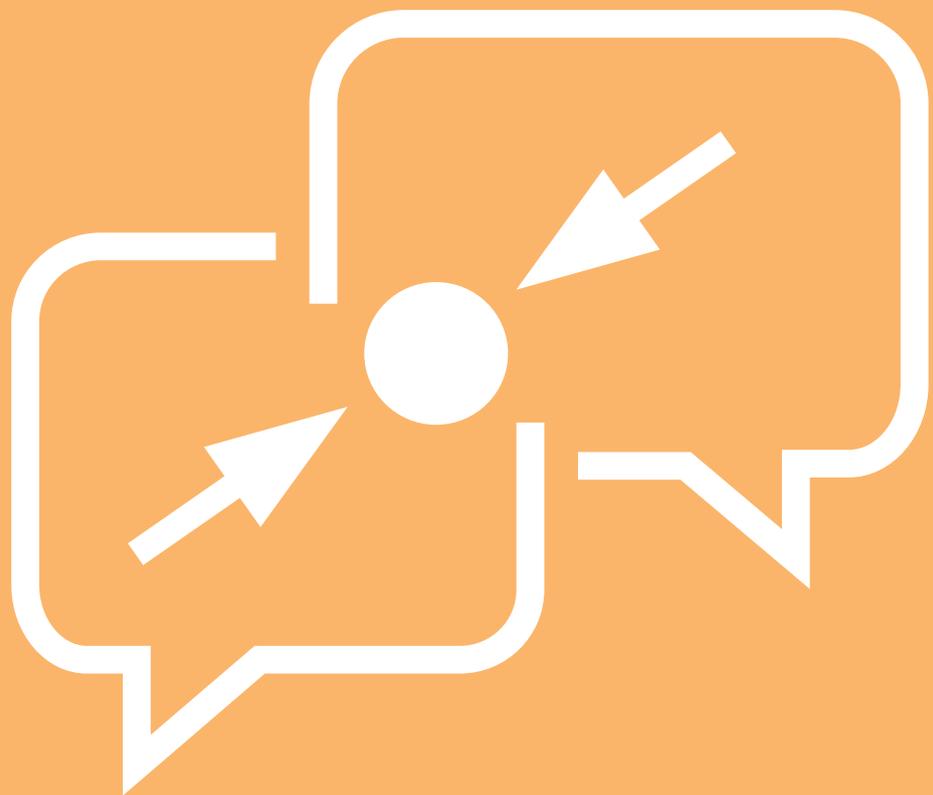
En août 2021, les participants (N=71) ont eu la possibilité d'évaluer le programme à l'aide d'un questionnaire en ligne. 27 personnes y ont participé, ce qui correspond à un taux de réponse de 38%.

* Trois aspects de la compliance ont été mesurés dans le cadre du programme COM-Check (cf. chapitre 5.4) : la fréquence d'emploi (données de recensement de la fréquence), l'intégralité du traitement des items et la qualité de la mise en œuvre (données d'observation). Une partie des données a été présentée sous forme de poster lors de l'International Forum on Quality and Safety in Healthcare Europe en juin 2021. Au moment de la publication du présent document, ces données ne sont pas encore parues dans une revue scientifique.



PARTIE A

COM-Check – Sécurité chirurgicale



4 | Éléments qui viennent compléter la publication n° 5 : conception de la check-list et directives d'exécution

Depuis le lancement du programme pilote national « progress ! Sécurité chirurgicale », des connaissances ont été acquises sur l'emploi de la check-list dans la pratique et sur l'instauration de la check-list chirurgicale en Suisse. Le programme « progress ! COM-Check – Sécurité chirurgicale », qui y fait suite, a également permis de tirer des conclusions sur la conception des check-lists et les directives d'exécution. Ce chapitre résume les principaux résultats obtenus et complète ainsi les explications fournies dans la publication n° 5 (1).

Dans la pratique, de grandes variations ont été observées en ce qui concerne la complexité des check-lists chirurgicales utilisées. Le haut niveau de détail de certaines pourrait être le signe d'une mauvaise compréhension de leur fonction. Le chapitre 4.1 est donc consacré aux fonctions de la check-list chirurgicale.

Les données ont également montré que tout le monde n'était pas forcément en mesure de différencier les deux types d'items « process checks » et « conversation prompts » ou de saisir ce qui les différencie. Cette distinction étant essentielle, surtout en ce qui concerne l'adaptation de la check-list au contexte local, le chapitre 4.2 fournit des définitions et des exemples de ces deux types d'items.

L'adaptation de la check-list au contexte local d'un hôpital ou dans le cadre d'un processus d'amélioration continue est souvent intuitive, motivée par une situation précise, et non systématique. Or, en procédant de la sorte, des aspects liés au contenu et au processus – les éléments centraux – pourraient être mis en arrière-plan ou éliminés, ou la check-list devenir plus complexe. Ces deux scénarios risquent de diminuer la convivialité de la check-list et, en fin de compte, la rendre moins efficace. Le chapitre 4.3 contient des consignes à respecter absolument lors de l'adaptation de la check-list.

Les expériences faites durant le programme COM-Check et les échanges avec des praticiennes et praticiens ont permis à la fondation d'analyser avec un regard critique la check-list publiée en 2012. Le chapitre 4.4 est consacré aux possibilités d'adaptation positive.

Dans la pratique, certains hôpitaux utilisent plusieurs check-lists. En principe, une seule check-list générique devrait être employée dans tout l'hôpital. Le chapitre 4.5 décrit les cas dans lesquels des check-lists supplémentaires pourraient être utiles.

Par ailleurs, la check-list chirurgicale n'est pas encore employée systématiquement durant les interventions brèves, spéciales ou menées en urgence. Pourtant, elle aide aussi à éviter des préjudices graves pour les patients dans ces cas-là. Sécurité des patients Suisse recommande donc d'employer au moins une version abrégée de la check-list et présente au chapitre 4.6 une série d'items standards minimums indispensables à chaque check-list.

On ne peut tirer le plein potentiel d'une check-list que si toutes les personnes impliquées savent comment, quand et par qui elle est exécutée. Chaque hôpital doit rassembler ces informations sous la forme de directives contraignantes. Le chapitre 4.7 montre quels aspects doivent absolument y être définis.

Le marquage du site opératoire et sa vérification sont essentiels afin d'éviter toute confusion en ce qui concerne le côté et l'intervention. Sécurité des patients Suisse recommande un marquage systématique du site opératoire pour toutes les interventions, même s'il peut s'avérer difficile. Le chapitre 4.8 fournit des exemples de techniques employées dans certains hôpitaux (p. ex. en chirurgie ophtalmologique).

4.1 | Deux types de check-lists : read-do et do-confirm

Les expériences faites dans le cadre du programme COM-Check ont montré que les check-lists des hôpitaux étaient parfois très longues et exhaustives. Mais la longueur n'est pas une garantie de sécurité, puisqu'elles sont alors plus rarement ou mal employées (9). Après 60 à 90 secondes, les personnes sont distraites, elles font des raccourcis et omettent des items essentiels, ou bien le processus de la check-list est perturbé par un facteur externe (9, 10). Une check-list ne devrait donc pas dépasser 5 à 9 items. Le haut niveau de détail de certaines pourrait être le signe d'une mauvaise compréhension de leur fonction. La check-list chirurgicale n'est pas la mode d'emploi (read-do) (10) qui accompagne l'ensemble du processus, pas à pas. Elle a au contraire été élaborée en partant du principe que chaque groupe professionnel impliqué dans l'intervention connaît ses tâches et possède déjà les compétences nécessaires pour les réaliser (11). C'est un processus de soutien (do-confirm) qui sert à vérifier, en équipe, à la fin de chaque étape du processus, qu'aucun des points essentiels et potentiellement dangereux n'a été omis. Il permet à toutes les personnes impliquées d'avoir la même image mentale de l'intervention prévue et à être en mesure de réagir rapidement aux écarts (9, 10, 12).

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

Le nombre et le contenu des items des check-lists des hôpitaux participants diffèrent fortement de ceux des check-lists de la fondation Sécurité des patients Suisse (SPS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Alors que la check-list « Sécurité chirurgicale » (SPS) et la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS comptent 30 et 22 items respectivement, les check-lists analysées en comptaient 15 à 76.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

4.2 | Deux types d'items de la check-list : les checks et les prompts

L'amélioration et la structuration de l'échange d'information au sein de l'équipe chirurgicale sont une fonction importante de la check-list chirurgicale. Les items individuels agissent comme des déclencheurs qui incitent l'équipe à discuter des étapes de sécurité facilement omises, et pourtant essentielles au succès de l'intervention (11). On distingue deux types d'items : les items de contrôle (process checks) et les items de demande (conversation prompts).

Les items de contrôle visent à échanger des informations importantes au sein de l'équipe, conformément au manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (11), à les vérifier de manière active et à les confirmer verbalement. Les contrôles doivent être menés par deux personnes au moins et nécessitent une comparaison avec au moins une source d'informations supplémentaire, par exemple la déclaration du patient ou de la patiente est comparée avec le dossier. Il s'agit de définir clairement dans les directives d'exécution internes : qui vérifie quels items, et comment les contrôles sont effectués (comparaison verbale ou visuelle ; avec la déclaration du patient ou de la patiente ou avec le dossier, etc.). Les items de contrôle ont pour but de garantir une vérification systématique des étapes essentielles à la sécurité des patients. En cas d'incohérence, le processus opératoire doit être interrompu. Il ne peut être repris que lorsque la situation a été clarifiée. À titre d'exemple, le contrôle de l'identité lors du sign in, le contrôle du site opératoire/marquage lors du team time out et le contrôle du décompte correct des instruments lors du sign out doivent être classés explicitement parmi les items de contrôle (cf. annexe I).

Les items de demande incitent l'équipe chirurgicale à échanger sur les aspects critiques de l'intervention prévue et les risques propres au patient, à exprimer ses inquiétudes et à poser des questions. Les items de demande visent à fournir une image mentale commune de l'opération, pour que chaque personne soit en mesure d'identifier rapidement tout écart et d'y réagir immédiatement. On considère que l'échange d'informations qui a lieu durant le traitement des items de demande a un énorme impact sur la collaboration au sein de l'équipe chirurgicale (1, 11). Ils ne doivent en aucun cas être supprimés de la check-list. L'échange d'informations sur l'intubation difficile / le risque de bronchoaspiration élevé lors du sign in, les étapes d'opération

critiques ou inhabituelles lors du team time out et les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire lors du sign out doivent p. ex. être explicitement catégorisés comme items de demande (cf. annexe I).

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

Alors que les check-lists de la SPS et de l'OMS contiennent respectivement 21 et 12 items de contrôle, les check-lists des hôpitaux pilotes contiennent une médiane de 15,5 items de contrôle (plage : 3-25).

Alors que les check-lists de la SPS et de l'OMS contiennent respectivement 9 et 10 items de demande, les check-lists des hôpitaux pilotes contiennent une médiane de 4 items de demande (plage : 0-10).

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

4.3 | Adaptation de la check-list au contexte local ou dans le cadre du processus d'amélioration continue

Tant la fondation Sécurité des patients Suisse que l'Organisation mondiale de la Santé recommandent d'adapter la check-list chirurgicale au contexte local de l'hôpital lors de son instauration. Des adaptations spécifiques peuvent faciliter son ajustement au contexte local. Par ailleurs, lorsque l'adaptation a lieu au sein d'une équipe aussi interdisciplinaire que possible, ses membres acceptent mieux la check-list. Ils s'y identifient et se sentent davantage responsables de son respect (1, 11). Une adaptation réussie permet également de développer une pratique (cf. chapitre 4.4). Elle n'est toutefois pas sans risque : des composantes essentielles de la check-list peuvent être perdues, l'ajout d'items peut limiter la clarté, ou des modifications structurelles distraire et entraver sa fonction première. Tout cela diminuerait son efficacité. Il est donc important de procéder systématiquement, tant lors de l'adaptation initiale au contexte local que lors d'adaptations subséquentes au contexte sanitaire et hospitalier dynamique dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

Avant d'adapter la check-list chirurgicale, il faut savoir distinguer les modifications indispensables, souhaitables, de celles qui sont à éviter ou à mettre en œuvre avec précaution, car elles diminueraient son efficacité. Il s'agit de différencier les éléments centraux à conserver absolument des éléments périphériques variables (14). Malgré les développements et les tests rigoureux menés jusqu'à présent, on ignore encore avec précision quels sont les éléments centraux de la check-list chirurgicale. Du point de vue du contenu, on pense toutefois que les items de demande revêtent une importance particulière, car ils changent la manière dont les membres de l'équipe chirurgicale interprofessionnelle communiquent entre eux et avec les patients et patientes (11). Ils sont donc à considérer comme des éléments centraux à conserver dans la check-list. Dans le modèle « Check-list chirurgicale », les items de contrôle et les items de demande sont identifiés par des couleurs différentes afin de bien les distinguer (cf. annexe I). Du point de vue du processus, les trois moments de l'application de la check-list et l'échange professionnel sont aussi considérés comme des éléments centraux.

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

Les check-lists des hôpitaux participants s'écartent fortement de ceux des check-lists de la SPS et de l'OMS : des items de demande ont parfois été supprimés, et certaines listes contiennent bien moins ou bien plus d'items que les modèles. On ne peut donc plus partir du principe que toutes les check-lists analysées sont aussi efficaces et conviviales que la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Parmi les éléments périphériques et variables, on retrouve – outre les adaptations lexicales et stylistiques – la définition des processus internes, des responsables et de la procédure à adopter (cf. chapitre 4.7). Pour chaque partie de la check-list, il s'agit de déterminer qui doit être présent lors de l'exécution de la check-list, qui dirige le processus, comment les items sont traités et comment procéder en cas de discordances.

Des outils de planification systématique aux guides de documentation des adaptations déjà effectuées, le personnel a divers outils à sa disposition pour mener à bien une adaptation systématique (14). L'approche Framework for Reporting Adaptations and Modifications-Enhanced (FRAME) (15) est souvent citée en exemple, car elle est orientée vers la pratique. Selon cette approche, les aspects suivants de l'adaptation sont à documenter :

- L'adaptation était-elle programmée ?
- Quand a-t-elle été faite ?
- Qu'est-ce qui a été adapté ?
- Quel type d'adaptations du contenu a été fait ?
- Quel type d'adaptations formelles a été fait ?
- Dans quelle mesure les éléments centraux ont-ils été conservés ?
- Pour qui ou quoi les adaptations ont-elles été faites ?
- Qui a décidé de procéder à l'adaptation ?
- Quel était le but de l'adaptation ?
- Quelles étaient les raisons de l'adaptation ?

L'approche FRAME contient également une check-list détaillée avec options de réponse. Elle a été conçue pour la documentation subséquente des adaptations, mais elle peut également être utilisée pour planifier les adaptations, ou encore pour réfléchir au type, à l'étendue, aux raisons et aux conséquences des adaptations prévues avant de les mettre en œuvre.

4.4 | Possibilités d'adaptation positives

Les expériences faites durant le programme COM-Check et les échanges avec des praticiennes et praticiens ont permis à la fondation d'analyser avec un regard critique la check-list chirurgicale publiée en 2012. Elle s'est toutefois abstenue de la réviser, et ce pour deux raisons : d'une part, les items de la check-list ainsi que sa structure générale correspondent toujours à l'état actuel des connaissances. D'autre part, Sécurité des patients Suisse voit sa check-list comme un modèle à adapter au contexte local des hôpitaux

(cf. chapitre 4.3). Elle ne prétend pas être exhaustive et adaptée à chaque contexte ou situation particulière. Au début du programme COM-Check, la comparaison des check-lists a mis en lumière quelques opportunités d'amélioration positive intéressantes en ce qui concerne les éléments périphériques, c'est-à-dire des changements qui ne nuisent pas à l'efficacité de la check-list.

Améliorations positives qui concernent les trois parties de la check-list :

- fondamentalement, la check-list se limite aux informations nécessaires, car il s'agit d'un processus de soutien, et non d'un guide (cf. chapitre 4.1). Les informations détaillées sur l'exécution, telles qu'un guide et des données sur la manière dont un item doit être vérifié, ou par qui, sont à définir et décrire en détail dans les directives d'exécution (cf. chapitre 4.7) ;
- afin de distinguer facilement les items de contrôle des items de demande (cf. chapitre 4.2), il est recommandé d'utiliser deux couleurs différentes, de les grouper par type d'items ou d'ajouter un titre (p. ex. « contrôle » pour les items de contrôle ou « confirmation » pour les items de demande). De cette manière, le coordonnateur ou la coordonnatrice de la check-list saura tout de suite s'il s'agit d'un item de contrôle, dont les informations doivent être comparées à une deuxième source, ou s'il s'agit d'un item de demande, qui stimule l'échange d'informations au sein de l'équipe chirurgicale ;
- cocher un item doit avoir la même signification pour tous les items (coché = vérifié). Cela peut être problématique lorsqu'un item n'est pas pertinent pour une intervention, sans autre réponse possible. Dans un tel cas, il faut tout de même énoncer l'item, le définir comme « non pertinent », puis le cocher. Ajouter une légende sur la check-list pour expliquer l'item coché évite les ambiguïtés ;
- mettre clairement un terme au processus de la check-list est tout aussi important que de le débiter clairement. Une mention annonçant la fin de chaque partie (p. ex. « fin du sign in ») aide le coordonnateur ou la coordonnatrice à réfléchir à une fin claire.

Améliorations positives qui concernent le sign in :

- Au lieu d'un seul item pour le consentement du patient à la chirurgie et à l'anesthésie, il peut être utile d'énumérer les deux consentements comme items individuels.

Améliorations positives qui concernent le team time out :

- de nombreuses listes omettent l'item de présentation des membres de l'équipe, car il est souvent considéré comme déplacé. Sécurité des patients Suisse recommande d'adopter tout de même cet item, car il est important que tous les membres se connaissent et sachent quel est leur rôle lors de l'intervention. Cet item se fonde aussi sur le fait que lorsqu'une personne a l'occasion de s'exprimer au début d'une discussion, elle partage ensuite plus aisément ses inquiétudes (10, 11). Si tous les membres d'une équipe stable se connaissent, la phrase suivante peut être ajoutée : « Les équipes chirurgicales dans lesquelles tout le monde se connaît confirment qu'elles sont prêtes pour le team time out. » L'emploi d'un calot sur lequel sont inscrits le nom (prénom) et la fonction peut s'avérer utile (16) ;
- si le site opératoire doit être vérifié à l'aide d'une autre source (telle que le plan d'intervention) en plus d'être marqué, il est judicieux de diviser l'item site opératoire (marquage) en deux items ;
- à la fin du team time out, un item inquiétudes/objections peut servir à inciter activement tous les membres de l'équipe chirurgicale à s'exprimer à nouveau (speak up).

4.5 | Une ou plusieurs check-lists ?

Les deux modèles check-list « Sécurité chirurgicale » (SPS) et liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (OMS) ont été conçus pour être employés dans le plus grand nombre de disciplines chirurgicales possible. Mais des analyses ont montré que les check-lists sont moins adaptées aux interventions brèves, telles que celles de la chirurgie ophtalmologique ou à des procédures très complexes, telles que de la chirurgie cardiaque. D'après les expériences faites durant les deux programmes pilotes nationaux, des check-lists spéciales sont parfois employées en médecine interventionnelle et diagnostique, en chirurgie ophtalmologique et dentaire, ainsi que lors d'interventions d'urgence, lorsque la vie

du patient ou de la patiente est en danger. Ces check-lists spéciales doivent elles aussi respecter un standard minimum (cf. chapitre 4.6). En principe, il est déconseillé d'employer plusieurs check-lists différentes dans une même salle d'opération (11).

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

22% des hôpitaux participants ont recours à plus d'une check-list. Diverses check-lists sont employées en fonction du type d'anesthésie (locale, anesthésie générale), de l'intervention (chirurgicale, diagnostique) ou de la discipline (chirurgie pédiatrique, chirurgie générale).

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

4.6 | Un standard minimum pour les interventions brèves, d'urgence et spéciales

Les expériences faites dans la pratique montrent que la check-list générique « Sécurité chirurgicale » n'est souvent pas mise en pratique, car elle contient trop d'items, ou d'items inadaptés aux interventions brèves, d'urgence ou spéciale. Sécurité des patients Suisse a donc défini une série d'items standards minimums à vérifier pour chaque intervention, indépendamment du type de check-list et de discipline concernée. Ces items visent à garantir que la check-list chirurgicale est adaptée aux cas particuliers susmentionnés, et que les check-lists spéciales contiennent elles aussi les éléments centraux indispensables.

Tableau 1 : Série d'items standards minimums destinés aux interventions brèves

Sign in	<ul style="list-style-type: none">– Identité– Type d'intervention– Marquage/site opératoire– Allergies
Team time out	<ul style="list-style-type: none">– Identité– Type d'intervention– Marquage/site opératoire– Risques anesthésiste– Risques opérateur ou opératrice
Sign out	<ul style="list-style-type: none">– Confirmation des actes chirurgicaux effectués– Prise en charge postopératoire

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : recensement de la fréquence

64% des check-lists contenaient les quatre « items standards » du sign in, 79% les cinq « items standards » du team time out, et 93% les deux « items standards » du sign out.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

4.7 | Directives d'exécution

Des directives d'exécution spécifiques sont une des conditions sine qua non pour que tous les membres de l'équipe chirurgicale sachent quand, comment et par qui la check-list est employée. Elles rassemblent les aspects essentiels du processus de la check-list, sont obligatoires pour tous les collaborateurs et collaboratrices et doivent être accessibles à tous et toutes, en tout temps (via l'intranet, p. ex.). Elles facilitent l'intégration de nouveaux collaborateurs et collaboratrices, servent de document de formation ou d'ouvrage de référence en cas d'incertitudes et documentent les modifications apportées après la révision de la check-list ou du processus de la check-list. Elles constituent une base indispensable au recensement et à l'évaluation de l'emploi correct de la check-list dans le cadre du monitoring de la compliance (cf. chapitre 5.4.3).

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

Seuls 33% des hôpitaux possèdent des directives d'exécution exhaustives.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Les aspects décrits ci-dessous doivent en particulier être définis dans les directives d'exécution.

Moment de l'exécution : quand les différentes parties de la check-list doivent-elles être exécutées ?

Chaque partie de la check-list coïncide avec une pause dans le déroulement de l'opération. Le moment est déterminé de manière à ce que l'équipe ait déjà accompli ses tâches, et qu'il ne reste plus qu'à vérifier encore une fois que rien n'a été oublié avant de passer à la prochaine étape du processus. Le moment de l'exécution de chaque partie de la check-list doit être défini dans les directives d'exécution.

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

88% des hôpitaux ont consigné des informations sur le moment de l'exécution dans leurs directives ou leurs check-lists.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Les trois parties de la check-list ont été exécutées au moment recommandé par Sécurité des patients Suisse dans 90% des cas, trop tôt dans 8% des cas, et trop tard dans 2% des cas.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Membres de l'équipe présents : qui doit être présent pour les différentes parties de la check-list ?

La check-list chirurgicale vise à améliorer la communication et la collaboration au sein de l'équipe chirurgicale interprofessionnelle. Cela signifie qu'elle n'est pas traitée et cochée par une seule personne, mais par toute l'équipe. Pour que l'échange d'informations puisse être amélioré, l'équipe essentielle à chaque partie de la check-list doit impérativement être présente. Les membres de l'équipe indispensables à chaque partie de la check-list doivent être spécifiés dans les directives d'exécution.

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

38% des hôpitaux ont consigné des informations sur les membres de l'équipe indispensables à chaque partie de la check-list dans leurs directives ou leurs check-lists. Ces données manquent souvent de précision (p. ex. « l'équipe chirurgicale au complet »).

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Dans 88% des cas, les membres de l'équipe indispensables (d'après les directives internes) étaient présents lors de l'exécution des trois parties de la check-list.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Rôle du coordonnateur ou de la coordonnatrice de la check-list : qui coordonne quelle partie de la check-list ? Quelles sont les tâches du coordonnateur ou de la coordonnatrice de la check-list ?

Un processus structuré et complet requiert une conduite claire. La publication n° 5 (1) décrit de manière exhaustive le rôle du coordonnateur ou de la coordonnatrice de la check-list. À titre d'exemple, il ou elle initie chaque partie au moment opportun et énonce tous les items dans l'ordre, de manière claire et précise. En principe, chaque membre de l'équipe chirurgicale peut coordonner le processus. Cette personne doit avoir les compétences nécessaires pour interrompre le processus en cas d'ambiguïtés et entreprendre des actions pour les lever conformément aux directives. Il s'agit de définir dans les directives qui est le coordonnateur ou la coordonnatrice de chaque partie de la check-list, et quelles sont ses tâches et les compétences requises.

Comparaison des check-lists menée en 2020 dans le cadre du programme COM-Check (13)

67% des hôpitaux ont consigné des informations sur le coordonnateur ou la coordonnatrice de la check-list dans leurs directives ou leurs check-lists.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Parmi toutes les professions impliquées, les infirmières et infirmiers anesthésistes se sont le plus souvent chargés du sign in (64%), alors que les tourmantes se sont la plupart du temps chargées du team time out (51%), et le chirurgien ou la chirurgienne du sign out (43%).

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Traitement des items : comment les différents items sont-ils traités ? Que signifie un item coché ou marqué d'une croix ? Quand procéder à quels contrôles ?

Les deux types d'items de la check-list chirurgicale se traitent différemment (cf. chapitre 4.2). Les directives d'exécution doivent définir la manière dont chaque item est traité, et par qui. Pour les items de contrôle, il s'agit de définir avec quelle source supplémentaire (patient ou patiente, plan opératoire, dossiers du patient, etc.) l'information sera comparée. Par exemple, les infirmières et infirmiers anesthésistes vérifient l'identité du patient ou de la patiente à l'aide de son bracelet lors du team time out. Pour les items de demande, il s'agit de définir quelles informations seront partagées avec l'équipe. Par exemple, le risque de perte sanguine, de thrombose ou d'escarres peut être discuté pendant le team time out dans le cadre des risques spécifiques au patient. Par exemple, le risque d'hémorragie, de thrombose ou d'escarres peut être abordé pendant le team time out dans le cadre des risques spécifiques au patient.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Les données ont montré que l'identité du patient ou de la patiente était énoncée verbalement dans 98% des cas pendant le sign in, mais vérifiée visuellement dans seulement 76% des cas. Lors du team time out, l'identité a été énoncée verbalement dans 97% des cas, mais vérifiée visuellement dans seulement 45% des cas.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Procédure à adopter en cas de discordance : quelle est la procédure à adopter en cas de discordance ? Qui se charge de quelle tâche ?

La check-list remplit sa fonction de processus de soutien pour éviter les complications et les préjudices infligés aux patients et patientes entre autres si elle permet d'identifier à temps les discordances et de les résoudre. Le coordonnateur ou la coordonnatrice et l'équipe chirurgicale impliquée doivent savoir comment procéder en cas de discordance. En effet, leur résolution systématique fait partie de la culture de sécurité, même si elle occasionne des délais dans le processus d'opération prévu. Des discordances fréquentes lors du traitement d'un item précis peuvent indiquer un besoin d'optimisation, et renseigner sur les mesures d'amélioration nécessaires. Pour chaque partie de la check-list (et en particulier pour les items de contrôle), il faut définir dans les directives d'exécution comment procéder en cas de discordance, et qui se charge de quelle tâche.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Une ou plusieurs discordances ont été décelées dans 10% des sign in, 11% des team time out et 10% des sign out.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 8

4.8 | Directives de marquage

L'emploi de la check-list chirurgicale influence les processus périopératoires, et ceux-ci influencent à leur tour les résultats pour les patients et patientes (17). Une instauration réussie de la check-list présuppose aussi une optimisation et une coordination des processus en amont et en aval. Le marquage en est un bon exemple ; il doit être clairement défini et uniformisé à travers l'hôpital. Il s'agit par exemple de s'assurer que les sites opératoires sont également marqués lors des interventions effectuées en ambulatoire ou par des médecins accrédités. En effet, les erreurs de patient, de côté ou de site opératoire font partie des erreurs de traitement les plus graves en chirurgie. En théorie, le marquage

correct du site opératoire et sa vérification systématique et fiable dans le cadre du processus de la check-list les éliminent complètement. Étant donné que des confusions sont possibles à chaque intervention, Sécurité des patients Suisse recommande de toujours marquer le site opératoire, sauf en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé.

Une étude britannique actuelle montre (18) que le marquage préopératoire varie énormément. En Suisse, les directives ne sont pas non plus uniformisées. Il revient à chaque hôpital de définir dans ses directives de marquage internes la manière dont le marquage est effectué, et à qui incombe cette responsabilité. La publication n° 5 (1) décrit les bases du marquage, la manière dont la patiente ou le patient est impliqué/e dans cette étape, et la vérification préalable de son identité et du type d'intervention. De nombreuses interventions – notamment en chirurgie ophtalmologique, dentaire, ou en chirurgie du rachis – nécessitent un marquage spécifique. Les cliniques spécialisées ont testé diverses techniques et sont en mesure d'émettre des recommandations pratiques à cet effet. En chirurgie ophtalmologique, on emploie entre autres des bracelets ou des pansements colorés sur le visage. Dans d'autres cliniques, lorsqu'une intervention est pratiquée au visage du patient ou de la patiente, on marque la main du côté correspondant pour éviter toute confusion.

Au vu des différences entre les interventions hospitalières et ambulatoires et les opérateurs et opératrices internes et les médecins accrédités, les processus de marquage et les responsabilités y relatives doivent être clairement définis.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

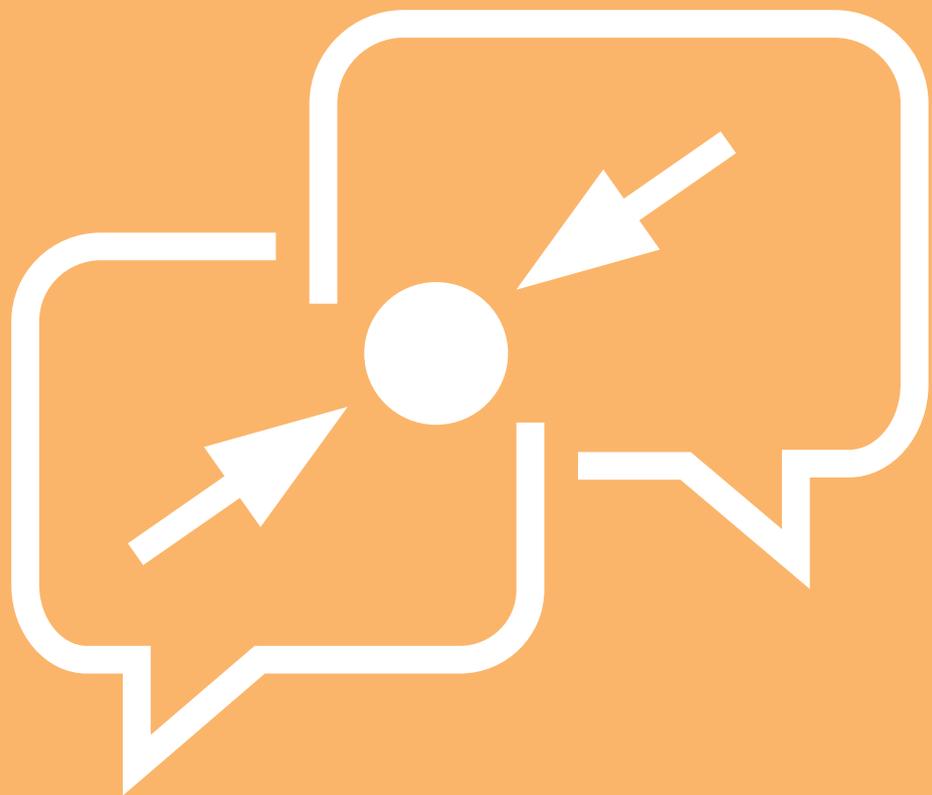
Le marquage a été énoncé lors du sign in dans 72% des cas, et vérifié visuellement dans 61% des cas. Lors du team time out, le marquage a été énoncé verbalement dans 84% des cas, et vérifié visuellement dans 32% des cas.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7



PARTIE B

COM-Check – Sécurité chirurgicale



5 | Une meilleure sécurité grâce à l'autoévaluation et au feedback

Sécurité des patients Suisse a développé un concept de monitoring en vue d'évaluer la compliance de la check-list (cf. chapitre 5.4.1). Les hôpitaux l'emploient pour mesurer eux-mêmes leur compliance ; ils mènent des observations en salle d'opération (cf. chapitre 5.4) et fournissent immédiatement à l'équipe chirurgicale un feedback collégial et favorisant l'apprentissage (cf. chapitre 5.5). Cette autoévaluation renforce les compétences nécessaires des collaboratrices et collaborateurs dans les hôpitaux et crée des « ambassadeurs » au sein de l'organisation. Des mesures de la compliance par des personnes externes ont lieu dans le cadre d'un audit. Ce type d'audits est toutefois rare et ponctuel, et il donne souvent l'impression d'un « contrôle ». Un monitoring régulier de la compliance sous la forme d'observations et de feedbacks « en temps réel » est plus efficace (19).

Le concept de monitoring décrit ici s'inscrit dans un processus d'amélioration continue (cf. chapitre 5.8). Il doit être planifié dès l'instauration de la check-list, de manière à ce que des mesures régulières du progrès soient possibles, avec observation et feedback immédiat. La compliance est évaluée tant à l'aide de la documentation – par exemple le nombre de check-lists remplies au format papier – qu'à l'aide d'observations, puis améliorée grâce à des feedbacks immédiats. Les observations et les feedbacks favorisent l'apprentissage au sein de l'équipe chirurgicale interprofessionnelle : ses membres prennent conscience de leur comportement, renforcent leurs connaissances, lèvent les ambiguïtés et rectifient les mauvaises habitudes.

Les étapes suivantes sont nécessaires à une bonne instauration du concept de monitoring :

- former une équipe de projet et d'observation interprofessionnelle (cf. chapitre 5.1) ;
- déterminer les objectifs de monitoring individuels et les informations générales à recueillir (cf. chapitre 5.2) ;
- planifier les observations et la collecte de données (cf. chapitres 5.4.2 et 5.4.3) ;
- définir une communication interne (cf. chapitre 5.3) ;
- adapter les instruments de mesure de la compliance de la check-list chirurgicale (cf. chapitre 5.4) ;
- s'exercer à utiliser l'instrument d'observation (cf. chapitre 5.7) ;
- s'exercer à donner un feedback collégial et favorisant l'apprentissage (cf. chapitre 5.7) ;
- mettre en œuvre les observations et la collecte de données ;
- évaluer les données et communiquer les résultats (cf. chapitre 5.8) ;
- mettre en pratique les améliorations et planifier les mesures du progrès (cf. chapitre 5.8).

Les étapes individuelles sont décrites ci-dessous et accompagnées d'expériences tirées du programme pilote ainsi que de témoignages de membres de projet dans les hôpitaux pilotes participants.



Le symbole de l'ampoule attire l'attention sur des remarques et des recommandations concrètes destinées à l'instauration du concept de monitoring dans l'hôpital.

5.1 | Former une équipe de projet et d'observation interprofessionnelle

Toutes les professions centrales impliquées dans le processus de la check-list doivent être représentées au sein de l'équipe de projet et d'observation, afin de garantir l'acceptation et la pérennité du monitoring de la compliance.

Sécurité des patients Suisse recommande de confier les observations et les feedbacks à des personnes qui remplissent des fonctions de direction (médecins adjoints en chirurgie et en anesthésie, responsables des instrumentistes ou des infirmiers anesthésistes). Des collaborateurs et collaboratrices en gestion de la qualité et des risques viennent compléter le groupe de projet. Dans les grands hôpitaux, les responsables du bloc opératoire, les responsables des équipes techniques ou les responsables de formation peuvent également être impliqués. Des analyses ont montré que le feedback est mieux accepté lorsqu'il est fourni par des personnes qui possèdent l'expertise et les qualifications correspondantes (20).



Dans le cadre du programme COM-Check, certains hôpitaux ont également confié des observations et des feedbacks aux collaboratrices et collaborateurs en gestion de la qualité et des risques. L'équipe de projet et d'observation doit être formée de manière à ce que l'équipe chirurgicale accepte ses observations et son feedback. Cela dépend de la culture spécifique à l'hôpital.

« Chez nous, les responsables de la qualité se sont aussi chargés des observations et du feedback après une mise au courant correspondante. Cela a été très bien accepté. »

« Nous avons fait des observations et du feedback un instrument de direction. »

5.2 | Déterminer les objectifs de monitoring individuels et les informations générales à recueillir

Une fois l'équipe constituée et formée, il s'agit de définir les objectifs du monitoring de la compliance. Est-il censé fournir une vue d'ensemble de la compliance de la check-list dans tout l'hôpital, ou cible-t-on des services de chirurgie en particulier, des jours de la semaine, des moments durant la journée ?

Outre les données sur la compliance, des informations générales susceptibles d'avoir une influence sur l'exécution de la check-list doivent aussi être collectées (cf. tableau 2). Ces informations aident, d'une part, à l'interprétation des résultats et, d'autre part, à constituer des groupes de comparaisons internes (entre les cliniques, ou entre les interventions hospitalières et ambulatoires, par exemple), si le nombre de cas est suffisant.

Tableau 2 : Critères pour la collecte des informations générales

Critère	Groupes de comparaison
Date	Lun à ven vs sam/dim
Heure	Journée (7 h 30 – 16 h 59) vs nuit (17 h – 7 h 29) ¹
Intervention ambulatoire/hospitalière	Ambulatoire vs hospitalière
Discipline chirurgicale	Chirurgie viscérale, orthopédie, gynécologie, etc.
Intervention élective/d'urgence	Intervention élective, d'urgence <i>En option : y compris le degré d'urgence</i>
Anesthésie	Anesthésie générale, régionale, locale
<i>En option : site</i>	<i>Site A, site B</i>
<i>En option : opérateur et opératrice interne/externe</i>	<i>Chirurgiens et chirurgiennes internes, médecins accrédités</i>
<i>En option lors de l'observation : profession de l'observatrice ou de l'observateur</i>	<i>Chirurgien ou chirurgienne, anesthésiste, instrumentiste, infirmière ou infirmier anesthésiste, responsable du bloc opératoire, responsable de gestion de la qualité et des risques</i>

Remarque : ¹ Répartition d'après van Klei et al., 2012 (21)



Lorsque vous définissez les objectifs de votre monitoring, n'oubliez pas que la taille d'échantillon doit être suffisamment grande pour pouvoir établir des comparaisons fiables. Sécurité des patients Suisse recommande de définir des objectifs réalistes avant le début du monitoring, en tenant compte des ressources à disposition. Si votre collecte est trop complexe, elle ne pourra pas être garantie sur une longue période.

Vérifiez ensuite que les informations générales couvrent les informations nécessaires pour atteindre les objectifs du monitoring. Définissez des critères supplémentaires, le cas échéant (cf. lignes « en option » du tableau 2).

Assurez-vous également que les informations générales (y compris les ajouts, si nécessaire) sont intégrées aux instruments de recensement décrits ci-dessous et comptabilisées (cf. chapitre 5.4).

5.3 | Définir la communication interne

Il s'agit de réfléchir suffisamment tôt aux groupes de collaboratrices et collaborateurs à informer, et à quel moment. Il est particulièrement important de bien annoncer les observations et le feedback, afin que les collaboratrices et collaborateurs concernés aient le temps de se faire à l'idée. Le groupe de projet interprofessionnel doit définir la voie de communication (e-mail, intranet, affiche, réunions, etc.), la manière de procéder (d'abord les cadres, puis les collaborateurs et collaboratrices) et le moment auquel fournir ces informations.

De même, la façon dont les résultats de la mesure de la compliance seront communiqués doit être définie en amont. Les observations et feedbacks intègrent directement les collaboratrices et collaborateurs des salles d'opération à la mesure de la compliance. Il est important qu'ils reçoivent un retour sur les résultats et qu'ils puissent en discuter.

« Nous avons besoin de recevoir un feedback accompagné de chiffres clés. L'équipe chirurgicale doit voir où elle va. »

5.4 | Adapter les instruments de mesure de la compliance de la check-list chirurgicale

La compliance de la check-list et la méthode de mesure doivent être définies de manière uniforme et standardisées afin que les informations générales de la compliance puissent être comparées (en interne, au cours de la mesure, en externe). Sécurité des patients Suisse a développé des instruments à cet effet et les a testés et optimisés dans le cadre du programme COM-Check.

« Le benchmarking est essentiel. On doit savoir où on se situe par rapport aux autres. »

5.4.1 | Définition de la compliance

La compliance de la check-list chirurgicale est mesurée selon trois aspects : fréquence, intégralité et qualité de la mise en œuvre.

Une compliance élevée en ce qui concerne la **fréquence** de l'emploi de la check-list signifie que les trois parties de la check-list chirurgicale sont traitées à chaque intervention – à chaque moment de la journée, pour chaque forme d'anesthésie, dans chaque discipline chirurgicale, aussi lors d'interventions électives et menées en urgence, tant en milieu hospitalier que dans le secteur ambulatoire.

Une compliance élevée en ce qui concerne l'**intégralité** signifie que tous les items de chaque partie de la check-list sont traités. Un item est considéré comme traité lorsqu'il est abordé, c'est-à-dire qu'il a été au moins énoncé (2, 22).

La **qualité de la mise en œuvre** correspond au degré de « fidélité de la mise en pratique » (fidelity), c'est-à-dire le degré auquel la check-list est utilisée conformément aux directives d'exécutions correspondantes (3, 23). Une initiation claire et une exécution structurée qui impliquent activement et de manière ciblée l'équipe, ainsi que le traitement correct des items en font partie, indépendamment des directives internes de l'hôpital. Les items de contrôle nécessitent une comparaison fiable à l'aide d'une source d'informations supplémentaire, et les items de demande requièrent un bon échange d'informations au sein de l'équipe chirurgicale (cf. chapitre 4.2).

Les trois aspects de la compliance sont mesurés à l'aide de la documentation (fréquence) et de l'observation (intégralité et qualité).

5.4.2 | Fréquence de la compliance

La fréquence de l'utilisation de la check-list est recensée à l'aide de documents (check-lists au format papier ou fiche de suivi). Si l'exécution de la check-list est saisie sous forme électronique, ces données peuvent être exportées directement depuis le système. La mesure de la fréquence vise à renseigner sur la fréquence à laquelle les trois parties de la check-list – le sign in, le team time out et le sign out – sont employées. Des parties supplémentaires de la check-list, comme une check-list dans l'unité de soins, peuvent être intégrées, le cas échéant.

Instrument de recensement (cf. modèle à l'annexe II)

À chaque intervention, on vérifie si les trois parties de la check-list ont été réalisées, réalisées partiellement ou pas réalisées.

« réalisée » :	tous les items de cette partie ont été cochés
« partiellement réalisée »	au moins un item de cette partie a été coché, mais pas tous
« pas réalisée » :	aucun item de cette partie n'a été coché, ou la check-list manque

Lors du recensement de la fréquence de la compliance, les informations générales doivent aussi être saisies pour chaque intervention (cf. chapitre 5.2). De plus, il s'agit d'identifier clairement chaque intervention, afin de vérifier que toutes les interventions ont bien été recensées sans omission durant la période de mesure définie, et qu'aucune donnée ne manque ou n'a été saisie à double. Ces informations doivent contenir le moins de données sensibles possible, et elles peuvent être supprimées une fois leur vérification terminée.

Dans les hôpitaux où l'exécution de la check-list requiert une datation et une signature conformément aux directives internes, cette étape peut être également consignée dans la mesure de la fréquence. L'absence de signature ne doit toutefois pas influencer les valeurs de la compliance. La signature n'est donc pas à considérer comme un item supplémentaire. Elle ne sert donc qu'à témoigner de l'exécution de la check-list, mais ni de son exhaustivité, ni de la manière dont elle a été exécutée (1).

Quantité de données requise

La taille de l'hôpital et le volume d'interventions déterminent la quantité maximum de données récoltées durant une période précise. Pour mesurer la fréquence de la compliance, Sécurité des patients Suisse recommande de récolter les données d'au moins 200 interventions. Lors du recensement complet – c'est-à-dire de la collecte des données de toutes les interventions consécutives d'une période définie –, les données sont récoltées pendant au moins un mois, afin que les interventions faites durant les week-ends et la nuit soient également incluses dans la mesure. Si, conformément aux objectifs du monitoring (cf. chapitre 5.2), des comparaisons sont ensuite établies entre divers groupes (p. ex. entre différentes disciplines chirurgicales), la taille d'échantillon doit être augmentée en conséquence pour observer des différences significatives d'un point de vue statistique.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : fréquence

Les 12 hôpitaux pilotes participants ont recensé en moyenne 719 interventions valides lors de la collecte de données effectuée de novembre 2020 à mars 2021.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

Forme de la check-list

Pour mesurer la fréquence de la compliance lorsque la check-list est traitée au format papier, il faut définir comment et où les check-lists sont récoltées, et qui les compare au plan d'intervention et les saisit dans l'outil électronique.

Si la check-list est vérifiée oralement à l'aide d'une référence visuelle (poster, liste plastifiée), une fiche de suivi doit être remplie pour chaque intervention, pour la durée de la collecte de données. Lors de l'instauration d'une fiche de suivi, il faut définir qui en sera responsable et comment procéder pour garantir un emploi systématique pendant la période de mesure et une saisie électronique complète.

Si l'exécution de la check-list chirurgicale est déjà consignée dans un système électronique, il s'agit de vérifier que les données et les informations générales sont exportables. Des champs de saisie ou des interfaces supplémentaires devront être ajoutés au préalable, le cas échéant.



Sécurité des patients Suisse recommande d'effectuer un test pilote d'une semaine avant la collecte des données afin de s'assurer que le processus défini fonctionne, et que toutes les informations requises sont recensées. Pour garantir une qualité élevée des données, vérifiez qu'elles n'ont pas été saisies à double ou à plusieurs reprises, et ce peu importe la forme de la check-list et la manière dont les données ont été saisies.

« Les outils informatiques tels que les scanners en salle d'opération facilitent le processus. »

« Nous devons synchroniser les systèmes informatiques. Les check-lists sont saisies dans des programmes différents qui ne sont pas encore compatibles. »

5.4.3 | Intégralité et qualité de la compliance

L'intégralité avec laquelle les items sont traités et la qualité de leur mise en œuvre sont recensées lors des observations. Sécurité des patients Suisse a développé un instrument d'observation destiné au recensement de l'intégralité et de la qualité de la compliance qu'elle a testé et optimisé dans 11 hôpitaux sur 14 sites durant le programme COM-Check. Cet instrument se base sur des outils tels que le Checklist Usability Tool (24), le WHOBARs (25), les résultats d'une étude nationale de l'Université de Neuchâtel (<http://p3.snf.ch/Project-156882>), des éléments de la communication en boucle fermée (26, 27) et les fondements de l'anatomie de la check-list chirurgicale (11). Il vise à rendre compte des processus importants pour la sécurité au niveau des items.

Un tel outil aide à se concentrer sur des comportements spécifiques, à standardiser les observations faites par diverses personnes, à les recenser de manière uniforme et à choisir une thématique concrète pour le feedback à apporter à l'équipe chirurgicale (11).

Instrument d'observation

(cf. modèle à l'annexe III)

L'instrument d'observation contient quatre parties : (1) les informations générales (cf. chapitre 5.2), (2) l'initiation, (3) le traitement des items, et (4) l'appréciation globale. Les informations générales sont collectées immédiatement avant l'observation. Sécurité des patients Suisse recommande aussi de saisir des informations générales sur la profession de l'observateur ou de l'observatrice. En effet, son métier peut avoir une influence sur l'attention qu'il ou elle porte aux différents aspects de l'emploi de la check-list lors de l'observation et du feedback.

Initiation du processus de la check-list

Une bonne initiation nécessite un signal de départ clair, un moment opportun, la présence de tous les membres de l'équipe indispensables et l'interruption des tâches de toutes les personnes impliquées. Le signal de départ donne la possibilité aux membres de l'équipe de confirmer leur disponibilité ou de demander un délai s'ils doivent d'abord terminer une tâche en cours. Il leur indique également qu'ils doivent à présent se concentrer sur le processus de la check-list.

Le signal est généralement donné par le coordonnateur ou la coordonnatrice de la check-list. Cette personne s'assure que tous les membres requis sont présents et attentifs. Afin que le processus de la check-list se déroule de manière structurée et qu'aucun item ne soit omis, les items doivent être lus à voix haute, intelligiblement, dans l'ordre, et adressés aux personnes concernées. Les directives d'exécution internes (cf. chapitre 4.7) précisent pour chaque partie de la check-list quelle personne dans quelle fonction a la tâche du coordonnateur ou de la coordonnatrice.

Le tableau 3 montre les critères d'évaluation de l'initiation du processus de la check-list recommandés par Sécurité des patients Suisse.

Tableau 3 : Critères d'évaluation de l'initiation du processus de la check-list

Critère	Catégorie de réponse
Début clair	Oui Partiellement Non
Sign in / team time out / sign out effectué au bon moment	Oui, avant induction de l'anesthésie / Oui, avant incision de la peau / Oui, avant la sortie de l'opérateur ou l'opératrice Non, trop tôt Non, trop tard
Tout les participants présents	Anesthésiste Infirmière ou infirmier anesthésiste <i>Lister tous les groupes professionnels/fonctions qui doivent être présents pour chaque partie de la check-list</i> Si non, qui manque :
Tout les participants marquent une pause	Oui Partiellement Non
Qui dirige le sign in / team time out / sign out ?	Anesthésiste Infirmière ou infirmier anesthésiste <i>Lister tous les groupes professionnels/fonctions qui doivent être présents pour chaque partie de la check-list (permettre de choisir plusieurs éléments)</i>
Lecture des items de la check-list	Oui Partiellement Non



Les expériences faites durant le programme COM-Check montrent qu'il n'est pas toujours clair qui occupe la fonction de coordonnateur ou coordonnatrice de la check-list, et qui dirige le processus. Parfois, plusieurs personnes ont occupé cette fonction, ou elles ont changé en cours de route. L'outil de recensement devrait donc être conçu de manière à ce que des choix multiples soient possibles.

« Il y a deux types de coordonnateurs de la check-list : ceux qui exécutent rigoureusement la check-list, et ceux qui l'exécutent partiellement. Ceux qui ne l'exécutent que partiellement n'en ont pas conscience. »

« Nous avons besoin d'une initiation uniforme, surtout lors du team time out. »

Traitement des items

Un traitement correct des items nécessite un échange entre le coordonnateur ou la coordonnatrice de la check-list et l'équipe impliquée (cf. illustration 1). Le coordonnateur ou la coordonnatrice de la check-list énonce l'item de manière intelligible (énoncé verbalement). Lors des items de contrôle, l'équipe responsable effectue le contrôle avec fiabilité (contrôlé visuellement) et le confirme verbalement (réponse complète). Lors des items de demande, les personnes impliquées échangent les informations nécessaires (réponse complète) (cf. chapitre 4.2). Si un item n'est pas évoqué et s'il n'a obtenu aucune réponse, on considère qu'il n'a pas été traité.

Si une discordance est découverte lors du traitement d'un item, p. ex. si la déclaration de consentement n'est pas signée ou si l'implant ne convient pas, la mention « discordance découverte » est ajoutée à l'item correspondant (cf. illustration 1). La découverte d'une discordance nécessite une intervention immédiate selon les directives internes (cf. chapitre 4.7) et une résolution complète du problème (1).

L'illustration 1 montre le processus à adopter afin de traiter correctement chaque item de la check-list. Lors du calcul de l'intégralité de la compliance, on considère qu'un item est traité lorsqu'il a été au moins énoncé ou obtenu une réponse. Les discordances découvertes ne sont pas pertinentes pour le calcul de la compliance. Ils témoignent de l'effet de la check-list, du fait que son emploi correct permet d'éviter des erreurs potentiellement lourdes de conséquences et d'identifier des endroits où les processus sont encore à optimiser en amont.

Illustration 1 : section de l'instrument d'observation destiné au recensement de l'intégralité et de la qualité du traitement des items

Points de la check-list durant le Team time out (TTO)	Énoncé verbalement	Contrôlé visuellement	Réponse complète	Discordance découverte	Non traité
TTO Identité	<input type="checkbox"/>				
TTO Type d'intervention	<input type="checkbox"/>				
TTO Site opératoire (marquage)	<input type="checkbox"/>				

Le coordinateur de la check-list énonce le point de la check-list.

L'équipe procède aux contrôles selon les directives internes (p. ex. vérification de l'identité du patient, marquage).

L'équipe répond clairement, sans ambiguïté et de manière complète au point de la check-list.

Une discordance est découverte lors du traitement du point de la check-list (p. ex. mauvaise installation, matériel manquant).

Le point de la check-list n'a pas été appelé et on n'y a pas répondu.

Les trois éléments de la check-list mentionnés sont exemplaires.

« La check-list peut aussi servir d'utile de marketing, lorsqu'on explique au patient ou à la patiente pourquoi elle est exécutée en sa présence. »

« Le speak up peut aussi venir du patient ou de la patiente. On peut lui demander de nous interrompre si on fait une erreur. »

Appréciation globale

Le processus de la check-list doit ensuite être évalué dans sa globalité, en tenant compte des aspects suivants : conduite du processus de la check-list, engagement de l'équipe, ambiance, rythme, audibilité. Dans le cadre du programme COM-Check, les critères d'appréciation globale ont été rassemblés sur une échelle bipolaire (cf. illustration 2). Les résultats montrent des valeurs moyennes élevées et peu de variations. La moyenne de tous les critères se situait à 4,2.



Conseils pour l'observation :

- l'observation et l'évaluation à l'aide de l'instrument d'observation, et surtout la manière dont on traite les items, demandent un peu d'entraînement. Durant le programme COM-Check, Sécurité des patients Suisse a conclu qu'à titre d'exercice, il convient d'effectuer au moins cinq observations à deux et de les évaluer indépendamment avant d'en discuter ensemble ;
- l'ordre et l'énonciation des items de la check-list dans l'instrument d'observation doivent correspondre à la check-list utilisée ;
- choisissez soigneusement l'endroit où vous vous placez pendant l'observation. Au début de votre observation, veillez à voir tous les membres de l'équipe ;
- si l'utilisation de la check-list est difficile à suivre, notez pourquoi. Il est possible que l'équipe ne parle pas assez fort, que la check-list ait été traitée trop rapidement/de manière chaotique, ou que l'ordre de la check-list n'a pas été respecté. Abordez ces observations lors du feedback subséquent.

Illustration 2 : Critères de l'appréciation globale (selon le programme COM-Check)

		1	2	3	4	5	
Conduite	Pas de leadership	<input type="radio"/>	Leadership clair				
Engagement de l'équipe	Passive, non impliquée, chacun pour soi	<input type="radio"/>	Active, impliquée, ensemble				
Humeur	Stressé, désapprouvateur	<input type="radio"/>	Ouvert, reconnaissant, speak up possible				
Rythme	Rapide	<input type="radio"/>	Calme				
Conditions phoniques (bruit)	Mots pas compréhensibles	<input type="radio"/>	Mots compréhensibles				

Sécurité des patients Suisse propose donc de saisir les critères d'appréciation globale à l'aide de formulations positives (cf. tableau 4). En effet, l'observateur ou l'observatrice évaluera sans doute plus facilement un item avec objectivité si celui-ci est formulé de manière positive que s'il se compose de critères positifs et négatifs. Ces nouveaux critères n'ont pas encore été testés de manière exhaustive dans la pratique.

Tableau 4 : Critères de l'appréciation globale (recommandés)

Critère	Catégorie de réponse
La conduite du processus de la check-list était claire et structurée.	Oui Partiellement Non
Toute l'équipe a participé activement au processus de la check-list.	Oui Partiellement Non
L'ambiance au sein de l'équipe était ouverte et respectueuse, et le speak up était possible en tout temps.	Oui Partiellement Non
Le rythme de traitement de la check-list était approprié et calme.	Oui Trop rapide Trop lent
Les paroles énoncées étaient bien audibles.	Oui Partiellement Non

Conditions-cadres de l'observation

Les observations sont menées de façon ouverte et non participative : la personne qui observe est présente pendant le processus de la check-list mais n'intervient pas, sauf pour éviter une erreur lourde de conséquences. Une observation ouverte signifie que la personne salue l'équipe impliquée dans le processus de la check-list avant l'observation, qu'elle explique sa présence, et qu'elle donne ensuite un feedback. L'observation ouverte est le signe d'une culture de confiance ; elle est nécessaire à un feedback collégial et favorisant l'apprentissage.

Les observations ne doivent toutefois pas être annoncées à l'avance. Le personnel de la salle d'opération sait à quelle période les mesures de la compliance accompagnées d'une observation et d'un feedback auront lieu, mais ils ignorent la date et l'heure exactes.

Quantité de données requise

En vue du recensement de l'intégralité et de la qualité de la mise en œuvre de la check-list, Sécurité des patients Suisse recommande de procéder à au moins 30 observations avec feedback immédiat, réparties uniformément sur les trois parties de la check-list et les professions de l'équipe d'observation. Dix observations et feedbacks par personne sont nécessaires pour qu'un effet d'apprentissage soit observé.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Les 11 hôpitaux pilotes ont recensé en moyenne 65 observations valides lors de la collecte de données effectuée de novembre 2020 à mars 2021.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7



Avant les observations, vérifiez auprès de l'équipe de projet et d'observation que tout le monde a bien compris comment on emploie correctement les trois parties de la check-list chirurgicale dans votre hôpital. Ces informations doivent figurer dans les directives d'exécution internes (cf. chapitre 4.7). Si l'équipe n'a pas une idée claire de la manière correcte de procéder, la qualité du processus de la check-list ne pourra pas être évaluée de façon fiable et uniforme.

« L'observation et le feedback nécessitent une formation préalable. Les compétences s'acquièrent petit à petit. »

« L'observation présente une courbe d'apprentissage rapide. »

5.5 | Donner un feedback collégial et favorisant l'apprentissage

L'observation avec feedback subséquent est une méthode efficace pour favoriser l'apprentissage au sein d'une équipe chirurgicale interprofessionnelle. Ses membres prennent ainsi conscience de leur comportement, renforcent leurs connaissances, lèvent les ambiguïtés et rectifient les mauvaises habitudes. Le concept de feedback du programme COM-Check a deux objectifs : efficacité – il doit permettre un apprentissage et une modification des comportements dans l'équipe chirurgicale interprofessionnelle – et adéquation avec le quotidien du bloc opératoire.

Les exigences suivantes à appliquer au feedback donné dans le cadre du monitoring de la compliance ont été définies à la suite d'interviews menés avec des responsables de projet dans les anciens hôpitaux pilotes et d'autres spécialistes de la pratique (28) :

- le feedback doit suivre immédiatement l'observation ;
- tous les membres de l'équipe observée doivent être présents ;
- le feedback doit durer entre une et trois minutes ;
- seul un aspect (ou une situation concrète) observé est abordé ;
- le feedback doit être souhaité ;
- la sécurité du patient ou de la patiente doit être garantie en tout temps ;
- dans des cas exceptionnels, le feedback peut-être donné ultérieurement, ou dans le cadre d'entretiens personnels individuels.

Le concept de feedback se fonde sur la Clinical Performance Feedback Theory (CP-FIT) (20), le Debriefing with good judgement (29, 30) et les recommandations destinées au coaching tirées de l'Implementation Guide d'Ariadne Labs (11).

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

79% des observations ont été suivies par un feedback. Dans 96% des cas, le feedback n'a pas dépassé les trois minutes (limite maximale).

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

5.5.1 | Attitudes et atmosphère

La remise en question de son propre comportement est un aspect essentiel de l'apprentissage. Une atmosphère de sécurité psychologique est indispensable à la réflexion et à une expérience d'apprentissage positive (31).

L'approche « debriefing with good judgement » consiste à partir du principe que les participantes et participants sont compétents, qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et qu'ils souhaitent apprendre (29, 30). Dans le système de santé, on peut considérer que chacun souhaite agir pour le bien des patients et patientes (20).

La personne qui donne le feedback se doit d'adopter une attitude positive et de savoir que chaque comportement a sa cause. Des actes rationnels et intentionnels peuvent être source d'erreur s'ils partent de mauvaises suppositions. L'être humain ne réagit pas de manière passive à son environnement. Il donne un sens à une situation et y réagit selon ses connaissances, son expérience et l'image mentale qu'il s'en fait (29, 30). Ces actes fondés sur des suppositions sont nommés des cadres (ou frames en anglais), modèles mentaux ou schémas. Ils sont invisibles. Lors du débriefing, ils sont conscientisés à l'aide de la méthode advocacy (déclaration, évaluation) et inquiry (question) ; on y réfléchit et on en déduit d'autres actes possibles. Connaître ces cadres signifie être curieux et avoir de l'estime pour les personnes observées. On cherche, ensemble, à comprendre le comportement observé en fonction de l'objectif commun : un emploi systématique et correct de la check-list. La personne en charge du feedback est consciente du fait que son propre comportement et son évaluation sont aussi influencés par des cadres. Elle est ainsi à même de remettre ses évaluations en question et de réfléchir ensemble avec les membres de l'équipe. Si une telle profondeur n'est bien entendu pas atteignable en l'espace d'une à trois minutes, la technique de feedback en trois étapes amorce néanmoins un processus de réflexion.

5.5.2 | Feedback selon la technique en trois étapes

Le feedback structuré en trois étapes est une technique qui consiste à transmettre à l'équipe observée des informations de manière objective et transparente sur son comportement lors du processus de la check-list et à l'intégrer activement à la discussion en posant des questions ouvertes (11).

Le feedback se déroule selon les trois étapes suivantes :

1. On décrit d'abord concrètement, avec autant de précision, de clarté et d'objectivité possible, ce qui a été observé ;
2. La personne qui donne le feedback exprime avec transparence sa vision personnelle de la situation décrite, par le biais d'une évaluation, d'une déclaration, ou d'une transmission de savoirs ;
3. Les questions ouvertes, sans jugement, donnent la possibilité aux participantes et participants d'exposer leur propre vision des choses et d'en tirer des conclusions.

Tableau 5 : Le feedback selon la technique en trois étapes

Observation	Évaluation, transmission de savoirs, déclaration	Question
J'aimerais aborder quelque chose. J'ai vu que...	D'après moi, cela devrait... Cela pourrait engendrer un problème de sécurité, car... D'après nos directives, nous devrions...	Comment voyez-vous la chose ? Qu'en pensez-vous ?

Lors de la troisième étape (question), la personne observée doit avoir la possibilité de s'exprimer sur le feedback. En effet, les adultes apprennent mieux lorsqu'ils tirent leurs propres conclusions (11). Les participantes et participants restent passifs lors du feedback unidirectionnel (32).

Le feedback ne doit pas toujours servir à discuter d'un comportement critique. Il peut aussi aider à renforcer les comportements positifs. La technique en trois étapes doit aussi être appliquée aux expériences positives pour qu'elles soient source d'apprentissage.

Sécurité des patients Suisse a créé une pocketcard qui sert d'aide-mémoire lors de l'observation et du feedback (cf. annexe IV). Elle décrit l'ensemble du processus, de l'entrée en matière aux propositions de formulations. Elle est disponible en ligne à l'adresse <https://www.securitedespatients.ch/programmes-progress/com-check-securite-chirurgicale/>

5.5.3 | Situations dans lesquelles le feedback est difficile

La situation peut devenir problématique si le consentement de l'équipe observée n'a pas demandé au préalable et qu'elle n'est pas prête à recevoir un feedback. Par ailleurs, si la personne qui donne le feedback n'est pas en mesure d'adopter l'attitude positive et respectueuse nécessaire (cf. chapitre 5.5.1), ou si elle glisse des messages cachés dans son évaluation, cela complique aussi le feedback.

Les erreurs suivantes doivent être évitées lors du feedback (11) :

- éviter les généralisations telles que « Je pense qu'en général, notre communication n'est pas très bonne » ;
- éviter les suppositions ou les explications pour un comportement telles que « J'imagine que vous..., parce que... » ;
- éviter les questions qui exigent de l'équipe de deviner les critiques (« Quelles ont été les erreurs commises, selon vous ? ») ;
- éviter les questions qui suggèrent déjà la réponse (question suggestive) du type « Que pensez-vous, n'aurait-il pas mieux valu que... ? » ;
- éviter de cacher une opinion personnelle dans des questions (« Voulez-vous vraiment que... ? »).



Lors de la deuxième étape – l'évaluation – positionnez-vous en tant qu'observateur ou observatrice de manière claire et transparente par rapport à la situation concrète observée. La transparence et la clarté créent un cadre de confiance. Veillez à ce que les membres de l'équipe ne se sentent pas ridiculisés ou humiliés.

Collecte de données menée en 2021 dans le cadre du programme COM-Check : observation et feedback

Dans 64% des cas, les équipes chirurgicales ont réagi de manière globalement positive au feedback ; elles ont eu des réactions globalement négatives dans 1% des cas. Dans les 35% des cas restants, les réactions étaient mitigées ou neutres. Lorsque des ambiguïtés ont été évoquées, les réactions étaient même positives dans 80% des cas.

Évaluation du programme COM-Check 2021

Lors de l'évaluation du programme, 78% des répondantes et répondants ont indiqué qu'ils se sentaient à l'aise durant l'observation et le feedback, et 74% ont déclaré être disposés à participer à d'autres observations et feedbacks dans le cadre des mesures du progrès.

Plus d'informations sur la source de données à la p. 7

« Lors du sign in, il est difficile de donner du feedback devant les patients lorsqu'ils sont éveillés, surtout si ce feedback est négatif. »

5.5.4 | Monitoring du feedback

Des données peuvent aussi être collectées sur le feedback, en option. Les thématiques du feedback permettent à l'équipe de projet et d'observation d'identifier les opportunités de renforcement du processus de la check-list et à instaurer des mesures d'amélioration concrètes.

Dans le cadre du programme COM-Check, les critères suivants ont été recensés pour le feedback (cf. tableau 6) :

Tableau 6 : Critères de recensement du feedback

Critère	Format de réponse
Le feedback a pu être donné immédiatement	Oui Non À un autre moment
Raisons de l'absence de feedback	Situation d'urgence Forte contrainte de temps Tensions au sein de l'équipe Feedback refusé Autre : champ de texte
Thème du feedback	Champ de texte
Focus du feedback	Renforcer l'attitude positive Montrer le potentiel d'amélioration Discuter des ambiguïtés
Suivi nécessaire dans le groupe de projet	Oui Non
Réaction de l'équipe chirurgicale au feedback	Positive, intéressée Neutre Mitigée (certains sont intéressés, d'autres non) Refus, remarques négatives
Durée du feedback	< 1 minute 1 à 3 minutes > 3 minutes

5.6 | Préparer les instruments destinés à la collecte des données

Les instruments de recensement suivants sont à élaborer avant la collecte de données : un outil de recensement de la fréquence de la compliance (cf. chapitre 5.4.2) et un outil de recensement de l'observation et du feedback pour chaque partie de la check-list (cf. 5.4.3 et 5.5.4). L'emploi de plusieurs check-lists au sein d'un même hôpital augmente le nombre d'instruments d'observation nécessaires pour chaque liste et chaque partie.

La collecte électronique des données dans Microsoft Forms ou Google Forms est un bon exemple de méthode conviviale et économique. Sécurité des patients Suisse transmet volontiers les masterforms correspondants (demande par e-mail à info@securitedespatients.ch). Ces formulaires peuvent être remplis sur un téléphone portable ou une tablette lors de l'observation et du feedback, ou être imprimés, remplis à la main, puis reportés au format numérique à l'ordinateur.



Veillez tout particulièrement à ce que la matrice de recensement destinée à l'évaluation du traitement des items suive l'ordre et le contenu des items de votre check-list. Exercez-vous à observer et à fournir un feedback avec les instruments de votre hôpital.

« Nous avons besoin d'un système qui permet un monitoring en temps réel, pour avoir une meilleure attention. »

5.7 | Former l'équipe à l'observation et au feedback

L'observation et le feedback sont des compétences qui doivent s'apprendre et s'exercer. Elles sont aussi mises à contribution dans d'autres domaines d'activité, comme les fonctions de direction ou l'enseignement.

Le programme COM-Check comprenait une journée de formation pour les équipes interprofessionnelles de projet et d'observation. Les participantes et participants y ont appris à définir et à mesurer la compliance, et à appliquer la technique de feedback en trois étapes. Ils ont également exercé l'évaluation de l'intégralité et de la qualité de la mise en œuvre de la check-list, la saisie fiable des données dans l'instrument d'observation et la formulation du feedback à l'aide de vidéos de formation néo-zélandaises (25). L'expérience montre que les exercices à l'aide de vidéos issues d'une autre culture – dans laquelle les rôles des participantes et participants et les divers items de chaque partie diffèrent du contexte suisse – restent quelque peu abstraits et font appel à une capacité d'adaptation supplémentaire pour transposer ces informations à son propre hôpital.

C'est pourquoi Sécurité des patients Suisse recommande d'organiser les formations destinées à la mesure de la compliance uniquement dans son propre hôpital, pour l'ensemble de l'équipe de projet et d'observation interprofessionnelle. L'évaluation de l'intégralité et de la qualité de l'utilisation de la check-list doit être axée sur des situations réelles (p. ex. des observations en temps réel en salle d'opération ou des vidéos internes) et exercée à l'aide d'un instrument d'observation adapté à l'hôpital. La formation doit aussi prévoir suffisamment de temps pour discuter de l'idée d'un emploi correct de la check-list au sein d'une équipe interprofessionnelle et les comparer aux directives internes. Ces processus réels et adaptés aux situations typiques de l'hôpital permettent d'exercer la formulation de feedbacks selon la technique en trois étapes dans un espace protégé.



Préparez la journée de formation de manière à ce que l'équipe de projet et d'observation interprofessionnelle puisse pratiquer l'observation et le feedback dans des situations aussi réelles que possible. Le format des formulaires de recensement employés lors de la mesure de la compliance (cf. chapitre 5.6) doit être le même que celui employé dans des conditions réelles. Lorsque les données doivent être saisies sur un téléphone portable ou une tablette, mettez des appareils et formulaires électroniques éprouvés à disposition.

L'observation et le feedback sont des compétences qui se développent. Apprenez ces techniques dans le cadre protégé d'une formation interne. Exercez ensuite l'observation et le feedback au sein de votre équipe de projet et d'observation. Pour ce faire, n'hésitez pas à utiliser les vidéos de formation du programme pilote national. Elles ont été élaborées par une équipe de recherche de l'université d'Auckland en vue de former le personnel à l'instrument d'observation WHOBARS (25). Sécurité des patients Suisse vous transmet volontiers ces vidéos (demande par e-mail à info@securitedespatients.ch). Commencez votre observation et votre feedback auprès d'équipes chirurgicales intéressées au bon déroulement du processus de la check-list et ouvertes aux opportunités d'apprentissage.

« Le dixième feedback s'est mieux déroulé ; les choses étaient plus claires. Les observations et les feedbacks s'apprennent petit à petit. »

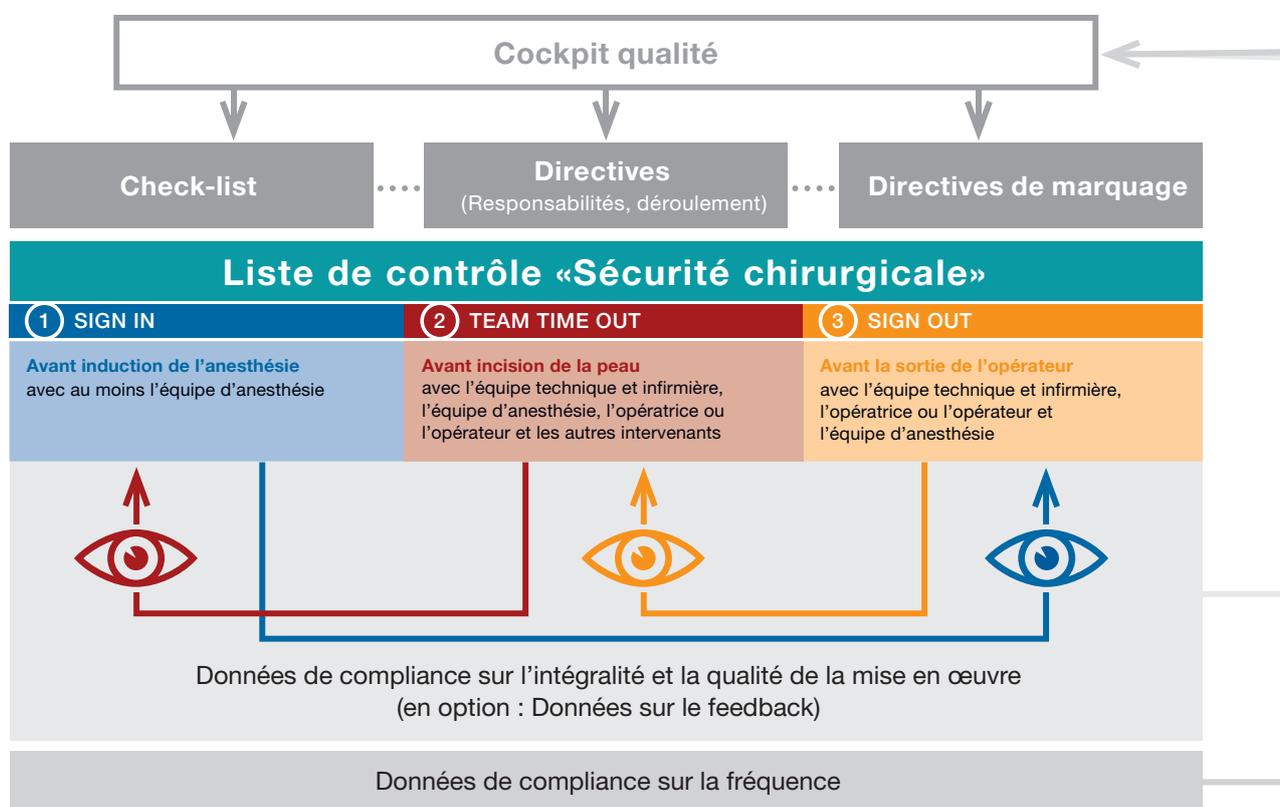
5.8 | Mettre en œuvre les améliorations et planifier les mesures du progrès

Le monitoring de la compliance fait partie d'un processus d'amélioration continue. Les données recueillies pendant une période de mesure doivent être évaluées, analysées et communiquées (en interne) (cf. chapitre 5.3). Si nécessaire, des mesures d'amélioration comme l'ajout d'éléments aux directives d'exécution doivent être déduites et mises en œuvre.

« Nous avons intégré l'amélioration de la compliance à nos objectifs de qualité annuels. »

« Les chiffres sur la compliance sont intégrés au rapport sur la qualité. »

Illustration 3 : Monitoring de la compliance dans le cadre du processus d'amélioration continue



Sécurité des patients Suisse recommande de mettre en place un concept de monitoring et de répéter régulièrement les mesures de la compliance, y compris l'observation et le feedback. Si, au début, de gros manques sont constatés en ce qui concerne la fréquence, l'intégralité ou la qualité de la mise en œuvre de la check-list, il faut répéter les mesures tous les six mois. Ensuite, ces intervalles peuvent être prolongés à une mesure annuelle si la check-list est employée de manière systématique et avec diligence.

« Il faut répéter les observations et le feedback, sinon on les oublie. »

« Lorsque nous avons instauré la check-list, nous pensions que nous n'avions pas besoin de présenter les membres de l'équipe durant le team time out. Nous avons tellement de médecins accrédités à présent que nous devons y réfléchir à nouveau. »

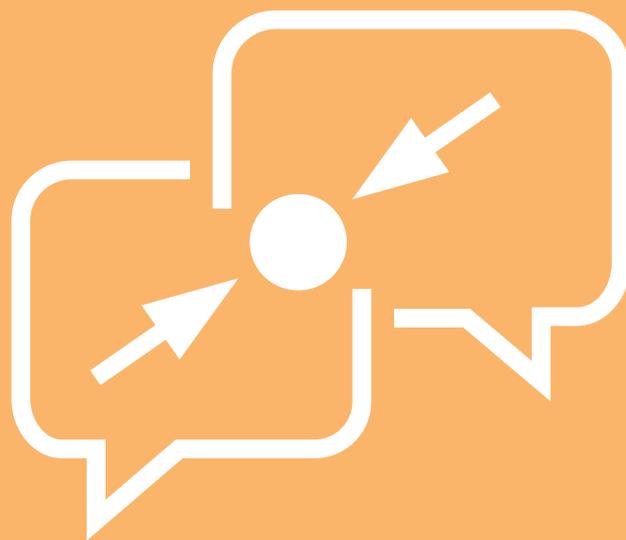
L'autoévaluation ayant ses inconvénients (chacun se mesure à ses propres critères, et on a tous des angles morts), Sécurité des patients Suisse recommande aux membres de l'équipe d'observation d'observer aussi les parties de la check-list qui incombent à une autre profession. Ainsi, le personnel chirurgical et soignant doit aussi observer le sign in et le personnel d'anesthésie, le sign out (cf. illustration 3).

Au terme d'une période de mesure, les données recueillies sont évaluées et analysées en fonction des thèmes du feedback. L'équipe chirurgicale discute des résultats et en déduit des mesures d'amélioration si nécessaire. Le rapport de synthèse liste des exemples de mesures d'amélioration (28) mises en œuvre ou mentionnées par les participantes et participants de l'échange d'expériences organisé dans le cadre du programme COM-Check.

« Chez nous, le personnel d'anesthésie a observé le sign in, et le personnel infirmier le team time out. Nous craignons que le feedback soit mal reçu s'il venait d'un autre groupe professionnel. »

« Chez nous, c'était l'inverse : les différentes parties de la check-list ont été observées par d'autres groupes professionnels que ceux qui en étaient responsables. Par exemple, l'équipe d'anesthésie a observé le TTO. »

« Nos expériences sont concluantes. À l'avenir, les observations pourront être faites par des personnes venues d'un autre site hospitalier. »





6 | Littérature

1. Bezzola P, Hochreutener MA, Schwappach DLB, Patientensicherheit S für. Operation Sichere Chirurgie. Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur-Team-Tools. Schriftenreihe Nr. 5. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2012.
2. Cullati S, Le Du S, Raè A-C, Micallef M, Khabiri E, Ourahmoune A, et al. Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Aug;22(8):639–46. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2012-001634>
3. Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, et al. Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery* [Internet]. 2012 Sep;152(3):331–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2012.05.034>
4. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2019 Dec 12;13(1): 14. Available from: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-019-0194-4>
5. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA, et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013;25(2): 182–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
6. Vogts N, Hannam JA, Merry AF, Mitchell S. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. *J New Zeal Med Assoc.* 2011;124(1342):48–58.
7. Mayer EK, Sevdalis N, Rout S, Caris J, Russ S, Mansell J, et al. Surgical Checklist Implementation Project. *Ann Surg* [Internet]. 2016 Jan;263(1): 58–63. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-201601000-00010>
8. Biffi WL, Gallagher AW, Pieracci FM, Berumen C. Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. *Patient Saf Surg.* 2015;9(5): 10.1186/s13037-014-0056-z.
9. Degani A, Wiener EL. Cockpit Checklists: Concepts, Design, and Use. *Hum Factors* [Internet]. 1993;35(2):28–43. Available from: <http://ti.arc.nasa.gov/m/profile/adevani/CockpitChecklists.pdf>
10. Gawande A. *The Checklist Manifesto. How to Get Things Right.* 2nd ed. London: Profile Books LTD; 2011.
11. *Safe Surgery Checklist Implementation Guide* [Internet]. Boston MA: Ariadne Labs; 2015. Available from: www.ariadnelabs.org
12. Pennington B, Garside J. The perioperative Team Brief: A patient safety initiative or another tick-box exercise? *J Perioper Pract.* 2019;0(0):1–5.
13. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. How Much and What Local Adaptation Is Acceptable? A Comparison of 24 Surgical Safety Checklists in Switzerland. *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Apr 14;17(3):217–22. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000802>
14. Goodrich DE, Miake-Lye I, Braganza MZ, Wawrin N KA. Quality Enhancement Research Initiative. QUERI Roadmap for Implementation and Quality Improvement [Internet]. 2020. Available from: www.queri.research.va.gov/tools/roadmap/
15. Wiltsey Stirman S, Baumann AA, Miller CJ. The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 6;14(1):58. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0898-y>
16. Douglas N, Demeduk S, Conlan K, Salmon P, Chee B, Sullivan T, et al. Surgical caps displaying team members' names and roles improve effective communication in the operating room: a pilot study. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2021 Dec 28;15(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00301-w>
17. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes. *Ann Surg* [Internet]. 2019 Feb;269(2):283–90. Available from: <http://journals.lww.com/00000658-201902000-00016>
18. Bathla S, Chadwick M, Nevins EJ, Seward J. Preoperative Site Marking: Are We Adhering to Good Surgical Practice? *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Sep;17(6):e503–8. Available from: http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Preoperative_Site_Marking__Are_We_Adhering_to.99486.aspx
19. Sendlhofer G, Leitgeb K, Kober B, Brunner G, Tax C, Kamolz L-P. Neue Wege zur Evaluierung von patientensicherheitsrelevanten Aspekten: Feedback-Patientensicherheit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2016;114:13–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.05.008>
20. Brown B, Gude WT, Blakeman T, van der Veer SN, Ivers N, Francis JJ, et al. Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): a new theory for designing, implementing, and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 26;14(1):40. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0883-5>

21. van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EEHL, Simmermacher RKJJ, Regli LPEE, Kappen TH, et al. Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality. *Ann Surg* [Internet]. 2012 Jan;255(1):44–9. Available from: http://journals.lww.com/annalsurgery/Fulltext/2012/01000/Effects_of_the_Introduction_of_the_WHO_Surgical.8.aspx
22. Giles K, Munn Z, Aromataris E, Deakin A, Schultz T, Mandel C, et al. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ J Surg* [Internet]. 2017 Dec;87(12):971–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.13638>
23. Anderson KT, Bartz-Kurycki MA, Masada KM, Abraham JE, Wang J, Kawaguchi AL, et al. Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist. *Surgery* [Internet]. 2018 Feb;163(2):259–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003960601730538X>
24. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2015 Jan;220(1):1-11.e4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1072751514017190>
25. Devcich DA, Weller J, Mitchell SJ, McLaughlin S, Barker L, Rudolph JW, et al. A behaviourally anchored rating scale for evaluating the use of the WHO surgical safety checklist: development and initial evaluation of the WHOBARS. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 Oct;25(10):778–86. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004448>
26. El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NAM, Prince JM. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. *J Surg Educ* [Internet]. 2018 Jan;75(1):58–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025>
27. Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, Jacobsson M, Hultin M. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Oct;3(10):e003525. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-003525>
28. Imhof A, Niederhauser A, Häsler L. «progress! COM - Check – Sichere Chirurgie» Phase I - Synthesebericht 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_COM-Check/Synthesebericht_Erhebung_COM-Check_Juni2019.pdf
29. 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. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* [Internet]. 2006;1(1):49–55. Available from: <http://journals.lww.com/01266021-200600110-00006>
30. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2007 Jun;25(2):361–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1932227507000237>
31. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Adm Sci Q* [Internet]. 1999 Jun 24;44(2):350–83. Available from: <http://asq.sagepub.com/content/44/2/350.abstract>
32. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Hum Factors J Hum Factors Ergon Soc* [Internet]. 2013 Feb 4;55(1):231–45. Available from: <http://hfs.sagepub.com/content/55/1/231.abstract>

Annexe I : Items de contrôle et de demande de la check-list chirurgicale

Distinction entre les items de contrôle et les items de demande en couleurs

Liste de contrôle « Sécurité chirurgicale »

1 SIGN IN

Avant induction de l'anesthésie

avec au moins l'équipe d'anesthésie

Vérification (et confirmation par la patiente / le patient)

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

- Vérification du marquage**
(dossier à l'appui, si possible avec la participation de la patiente / 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 à la patiente / 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**

2 TEAM TIME OUT

Avant incision de la peau

avec l'équipe technique et infirmière, l'équipe d'anesthésie, l'opératrice ou 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

Équipe d'anesthésie

- Risques spécifiques au patient**

Opératrice ou opérateur

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

Équipe 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

3 SIGN OUT

Avant la sortie de l'opérateur

avec l'équipe technique et infirmière, l'opératrice ou l'opérateur et l'équipe d'anesthésie

Confirmation des actes chirurgicaux effectués*

Confirmation

- Décompte correct des instruments, compresse, aiguilles, etc.
- sans objet
- Étiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire (description, nom, prénom et date de naissance)
- sans objet

Problèmes de matériel ?

- Non
- Oui (préciser)

Opératrice ou opérateur, équipe technique et infirmière et l'équipe d'anesthésie

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

* Selon le mode de traitement de l'item (voir chapitre 4.2, chapitre 4.7), l'item de la check-list peut être défini comme un item de contrôle ou un item de demande. Dans cette version, les éléments incitatifs sont surlignés en couleur.



sécurité des patients suisse



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 Suisse « Sécurité chirurgicale » (Version 1, 2012 ; révision 2021 : adaptation de l'orthographe, du design et du langage sensible au genre)

Annexe II : Modèle d'instrument destiné au recensement de la fréquence

Informations générales servant à l'identification de l'intervention	Champ de texte <i>Numéros de cas anonymes ou numérotation séquentielle de toutes les interventions pendant la période de mesure</i>
Date (de l'intervention)	Champ de texte (exemple : 7 janvier 2021)
Heure (début de l'intervention)	Champ de texte (exemple : 8 h 30) <i>Déterminer l'heure exacte à l'interne, p. ex. le moment de l'incision</i>
Intervention ambulatoire/hospitalière	Ambulatoire Hospitalière
Discipline chirurgicale	Chirurgie viscérale Orthopédie Gynécologie etc. <i>Liste des disciplines chirurgicales dans votre hôpital, ou de celles que vous souhaitez recenser en fonction de vos objectifs de monitoring</i>
Intervention élective/d'urgence	Élective D'urgence <i>En option : y compris le degré d'urgence</i>
Anesthésie	Anesthésie générale Anesthésie régionale Anesthésie locale
<i>En option : site</i>	Site A Site B
<i>En option : opérateur ou opératrice</i>	Interne Médecin accrédité
<i>En option : parties de la check-list supplémentaires, comme soins préopératoires dans l'unité de soins</i>	Réalisé Partiellement Pas réalisé <i>En option : date (oui/non), signature (oui/non)</i>
Sign in	Réalisé Partiellement Pas réalisé <i>En option : date (oui/non), signature (oui/non)</i>
Team time out	Réalisé Partiellement Pas réalisé <i>En option : date (oui/non), signature (oui/non)</i>
Sign out	Réalisé Partiellement Pas réalisé <i>En option : date (oui/non), signature (oui/non)</i>
Commentaires/remarques (facultatif)	Champ de texte

Annexe III : Modèle d'instrument d'observation destiné au recensement de l'intégralité et de la qualité

À l'exemple du sign in (en option : feedback compris)

Informations générales (à remplir avant l'observation)	
<i>En option : Observateur, observatrice</i>	Opérateur, opératrice Anesthésiste Instrumentiste et infirmier anesthésiste Responsable du bloc opératoire Personne en charge de la qualité et des risques Autre : champ de texte
Date	Champ de texte (exemple : 7 janvier 2019)
Heure	Champ de texte (exemple : 8 h 30)
Intervention ambulatoire/hospitalière	Ambulatoire Hospitalière
Discipline chirurgicale	Chirurgie viscérale Orthopédie Gynécologie etc. <i>Liste des disciplines chirurgicales dans votre hôpital, ou de celles que vous souhaitez recenser en fonction de vos objectifs de monitoring</i>
Intervention élective/d'urgence	Élective D'urgence <i>En option : y compris le degré d'urgence</i>
Anesthésie	Anesthésie générale Anesthésie régionale Anesthésie locale
<i>En option : site</i>	Site A Site B
<i>En option : opérateur ou opératrice</i>	Interne Médecin accrédité
Sign in réalisé ?	Oui – passez à l'initiation et à l'exécution Non – passez aux questions sur le feedback
Initiation et exécution du sign in	
Début clair ?	Oui Partiellement Non
Qui dirige le sign in ?	Anesthésiste Infirmière ou infirmier anesthésiste Autre : champ de texte
Au bon moment ?	Oui, avant l'induction de l'anesthésie Non, trop tôt Non, trop tard
Tous les participants présents ?	Oui Non

Si non, qui manque ?	Anesthésiste Infirmière ou infirmier anesthésiste Autre : champ de texte
Tous les participants marquent une pause ?	Oui Partiellement Non
Lecture des items de la check-list ?	Oui Partiellement Non
Traitement des items (sign in) Sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.	
Identité : nom, prénom, date de naissance	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Type d'intervention	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Site opératoire	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Technique d'anesthésie prévue	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Information donnée au patient – consentement	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Vérification du marquage	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité

Allergie connue ?	Énoncé verbalement (contrôlé visuellement) Réponse complète Discordance découverte Non traité
Intubation difficile / risque de bronchoaspiration élevé ?	Énoncé verbalement (contrôlé visuellement) Réponse complète Discordance découverte Non traité
Risque de perte sanguine >500 ml ?	Énoncé verbalement (contrôlé visuellement) Réponse complète Discordance découverte Non traité
Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte	Énoncé verbalement Contrôlé visuellement Réponse complète Discordance découverte Non traité
Appréciation globale	
La conduite du processus de la check-list était claire et structurée.	Oui Partiellement Non
Toute l'équipe a participé activement au processus de la check-list.	Oui Partiellement Non
L'ambiance au sein de l'équipe était ouverte et respectueuse, et le speak up était possible en tout temps.	Oui Partiellement Non
Le rythme de traitement de la check-list était approprié et calme.	Oui Trop rapide Trop lent
Les paroles énoncées étaient bien audibles.	Oui Partiellement Non

En option : Feedback	
<i>Un feedback a-t-il pu être donné à l'équipe chirurgicale tout de suite après l'observation ?</i>	<i>Oui Non À un autre moment</i>
<i>Si ce n'est pas le cas, pourquoi aucun feedback immédiat n'a-t-il pu être donné ?</i>	<i>Situation d'urgence / incident médical Forte contrainte de temps, pas le temps Tensions trop importantes au sein de l'équipe L'équipe chirurgicale a refusé le feedback Autre : champ de texte</i>
<i>Quel était le thème du feedback ?</i>	<i>Champ de texte</i>
<i>Quel était le focus du feedback ?</i>	<i>Renforcer l'attitude positive Montrer le potentiel d'amélioration Discuter des ambiguïtés</i>
<i>Un suivi est-il nécessaire ? (p. ex. dans le groupe de projet, adaptation des directives, gestion de la qualité)</i>	<i>Oui Non</i>
<i>Comment l'équipe chirurgicale a-t-elle réagi au feedback ?</i>	<i>Positive, intéressée Neutre Mitigée (certains sont intéressés, d'autres non) Refus, remarques négatives</i>
<i>Combien de temps le feedback a-t-il duré ?</i>	<i>Moins d'une minute 1 à 3 minutes Plus de 3 minutes</i>

COM-Check
Sécurité chirurgicale

Une équipe – un objectif.

COM-Check

Mesurer et améliorer la compliance de la check-list

Déroulement: observation et feedback

Entrée en matière

«Bonjour, tout le monde. Je m'appelle (prénom) et je suis (fonction). Aujourd'hui, je vais observer le processus de la check-list et l'évaluer à l'aide d'un instrument. J'aimerais vous donner un bref feedback tout de suite après mon observation.»

Feedback

«Je ne choisis qu'un seul aspect sur lequel je souhaite vous donner mon feedback. Nous pourrions volontiers discuter d'autres thématiques une autre fois.»

Observation

«J'ai vu que ...»
«Je n'ai pas entendu que ...»
«J'ai trouvé positif le fait que ...»
«Pour moi, ... n'était pas clair.»

Évaluation

«De mon point de vue, cela devrait ..., parce que ...»
«Selon les directives, il s'agit de ...»
«Le but de la check-list est de ...»

Question

«Quelle est votre opinion?»
«(Prénom), qu'est-ce que tu en penses?»

Consentement

«Êtes-vous d'accord pour que je vous fournisse maintenant un bref feedback de trois minutes au maximum?»

Conclusion

«Je vous remercie de m'avoir transmis vos avis/idées/remarques. J'en prends bonne note. Nous pourrions volontiers discuter d'autres thématiques une autre fois. Je vous souhaite une bonne opération. À bientôt.»

1 Entrée en matière

- Présentez-vous
- Donnez de brèves informations sur l'observation et le feedback que vous allez donner

2 Observation du processus de la check-list

- Saisissez les informations générales au préalable
- Veillez à choisir une bonne place pour observer
- N'intervenez pas – contentez-vous d'observer! (sauf en cas de grave mise en danger)
- Remplissez l'instrument d'observation durant l'observation

3 Obtention du consentement pour le feedback auprès de l'équipe chirurgicale

4 Feedback selon les trois points suivants

- Observation
- Évaluation
- Question

5 Conclusion

- Signalez votre disposition à répondre à des questions plus tard
- Remerciez l'équipe et prenez congé

6 Saisie du feedback

- Envoyez les données dans l'instrument d'observation



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

nov. 2021

progress!



COM-Check
Sécurité
chirurgicale

Une équipe –
un objectif.

Propositions de formulation au verso

COM-Check



COM-Check
Sécurité
chirurgicale

Une équipe –
un objectif.

Explications sur l'instrument d'observation: Traitement des points de la check-list

Cochez toutes les réponses qui conviennent par point de la check-list

Points de la check-list durant le Team time out (TTO)	Énoncé verbalement	Contrôlé visuellement	Réponse complète	Discordance découverte	Non traité
TTO Identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTO Type d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTO Site opératoire (marquage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le coordinateur de la check-list énonce le point de la check-list.

L'équipe procède aux contrôles selon les directives internes (p. ex. vérification de l'identité du patient, marquage).

L'équipe répond clairement, sans ambiguïté et de manière complète au point de la check-list.

Une discordance est découverte lors du traitement du point de la check-list (p. ex. mauvaise installation, matériel manquant).

Le point de la check-list n'a pas été appelé et on n'y a pas répondu.

Les trois éléments de la check-list mentionnés sont exemplaires.

www.securitedespatients.ch/programmes-progress/com-check-securite-chirurgicale
Référence: Publication 5+ «COM-Check - Sécurité chirurgicale», Sécurité des Patients 2021,
ISBN 978-3-905803-31-0



Impressum

Éditeur :
Fondation Sécurité des patients Suisse

Graphisme :
schroederpartners.com

Impression et correction :
Neidhart + Schön Print AG

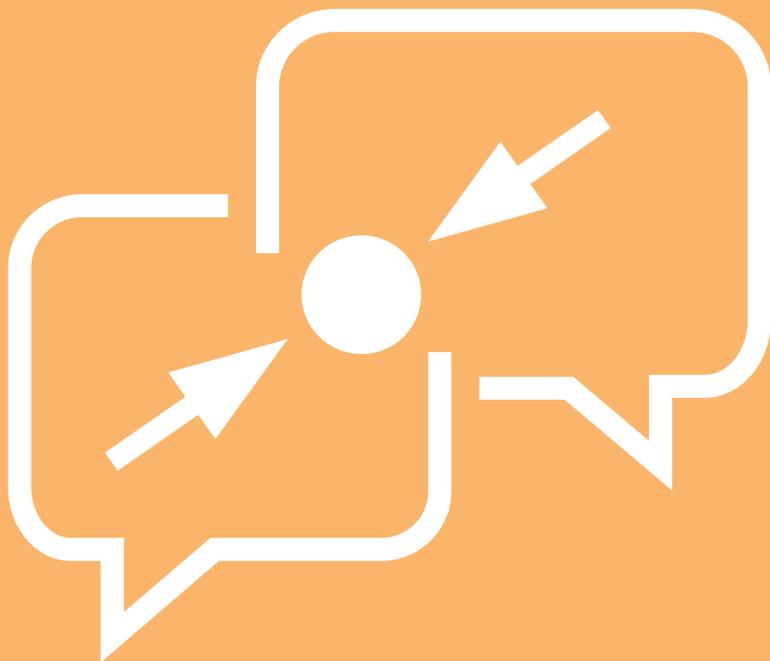
Septembre 2021
© Fondation Sécurité des patients Suisse, Zurich

Fondation Sécurité des patients Suisse
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurich
T +41 43 244 14 80
info@securitedespateurs.ch

Siège de la fondation
c/o Académie Suisse des Sciences Médicales
(ASSM), Bâle

Cet ouvrage fait partie de la vaste série des publications de la fondation Sécurité des patients Suisse 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

Publication Sécurité des patients Suisse



Fondation Sécurité des patients Suisse
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurich
T +41 (0)43 244 14 80
info@securitedespatients.ch

Siège :
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM), Bâle

ISBN 978-3-905803-31-0



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