

En quoi la check-list chirurgicale est-elle bien plus qu'une liste à cocher

Anita Imhof

En appliquant correctement la check-list chirurgicale, le personnel du bloc opératoire – qui a la charge des contrôles de sécurité relatifs au matériel, aux instruments et aux indices de stérilité – peut contribuer significativement à améliorer la sécurité des patients.

En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lançait sa campagne «Safe Surgery Saves Lives» (Une chirurgie plus sûre pour sauver des vies) dans le but d'améliorer la qualité des interventions chirurgicales pour les patients du monde entier. C'est dans ce cadre que l'OMS a élaboré la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

(check-list chirurgicale) au cours d'un processus itératif et en s'appuyant sur les connaissances de l'industrie – notamment sur la longue expérience de l'aéronautique avec les check-lists^(1,2). Cette liste de contrôle se présente sous la forme d'une check-list générique divisée en trois parties qui peut être appliquée pour toutes les prises en charge chirurgicales et dans tous les hôpitaux. En 2012, la Fondation Sécurité des patients Suisse a adapté la check-list de l'OMS aux conditions suisses et l'a traduite en allemand, en français et en italien (voir figure 1)⁽³⁾.

La check-list chirurgicale s'est rapidement diffusée partout dans le monde et son efficacité en matière de sécurité

des patients est reconnue. Pourtant, malgré l'introduction de cette liste, le taux de «Never Events», des événements rares et lourds de conséquences qui auraient pu être évités – tels qu'un oubli de matériel dans le corps du patient ou qu'une opération pratiquée sur la mauvaise personne ou une mauvaise partie du corps –, reste intolérablement élevé.

Anticipation des «Never Events»

Les derniers chiffres du National Health Service (le système de santé publique du Royaume-Uni) montrent que 423 «Never Events» ont été enregistrés en Grande-Bretagne entre le 1er avril 2018 et le 31 janvier 2019, dont 165 opérations pratiquées sur un mauvais endroit du corps, 91 corps étrangers oubliés et 58 erreurs d'implants ou de prothèses⁽⁴⁾.

La check-list chirurgicale est un outil qui permet d'anticiper les «Never

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

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



Events» et, en règle générale, de réduire significativement le nombre des événements indésirables. Son efficacité pour faire baisser le taux des infections post-opératoires, le taux de mortalité et le taux de morbidité a d'ailleurs été prouvée à maintes reprises⁽⁵⁻⁸⁾, même si certaines conclusions tendent à être plus mitigées⁽⁹⁻¹¹⁾. Néanmoins, lorsque aucun effet positif n'est constaté suite à l'introduction de la check-list chirurgicale, cet échec est attribué à une utilisation négligente ou incorrecte de cet outil (observance lacunaire), à un manque de contrôle de la mise en œuvre de la liste (absence de monitoring d'observance) ou à une formation insuffisante du personnel du bloc opératoire⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Mais, qu'est-ce qu'une pleine observance, comment amener l'équipe à utiliser systématiquement et correctement la check-list et à ne pas la voir comme une simple tâche administrative? Pour que la check-list chirurgicale devienne bien plus qu'une «liste à cocher», l'équipe doit comprendre sa raison d'être et l'expérimenter⁽¹⁷⁾.

Les «Do-Confirm-Check-lists»

Fondamentalement, il existe deux sortes de listes de contrôle: les «Read-Do check-lists» et les «Do-Confirm check-lists»⁽¹⁾. Les Read-Do check-lists sont comparables à des recettes de cuisine – on lit un point, on exécute l'action décrite et on passe au point suivant. La check-list chirurgicale, quant à elle, est du type «Do-Confirm check-list»^(1,18). C'est un outil qui admet que tous les

groupes de professionnels impliqués dans une intervention chirurgicales savent quelles sont leurs tâches et s'en acquittent de manière professionnelle. À chaque étape du processus, la liste est passée en revue conjointement par les membres présents pour s'assurer qu'aucun des points importants ou potentiellement dangereux n'a été oublié et que tout le monde a reçu les mêmes informations concernant le déroulé de l'intervention et les risques spécifiques lié au patient.

La check-list chirurgicale de l'OMS inclut donc deux sortes de contrôles: des contrôles de sécurité (vérification des processus) et des éléments de mesure de la communication (vérifications et discussions des informations contextuelles)⁽¹⁹⁾.

Les éléments de contrôle de sécurité doivent permettre d'éviter les erreurs fréquentes, d'identifier les comportements qui ont prouvé leurs effets positifs sur les résultats de traitement ou qui, au contraire, ont pour conséquence de causer des dommages sévères⁽¹⁾. Le contrôle de la disponibilité des documents d'imagerie, la vérification de la prophylaxie des antibiotiques ou la confirmation d'un étiquetage correct des prélèvements sont des exemples de points de contrôle de sécurité.

Les éléments de mesure de la communication, comme la vérification de l'identité du patient, découlent du constat que ce qui semble aller de soi est souvent omis et doivent faire l'objet d'une nouvelle vérification à chaque étape du processus où des erreurs pourraient de nouveau survenir⁽²⁰⁾. Ces mesures sont comparables à la vérification du niveau de carburant dans le domaine de l'aviation^(2,18). La liste de contrôle du cockpit

doit être pointée par deux personnes. Chaque point doit faire l'objet d'une vérification visuelle et d'une confirmation orale et les erreurs découvertes lors du passage en revue de la check-list doivent être corrigées immédiatement, et non plus tard, au risque d'être négligées⁽¹⁸⁾.

Un nombre de points approprié

En fonction des besoins, des éléments de contrôle de sécurité peuvent être ajoutés à la check-list. Le contrôle glycémique, la prévention du risque incendie ou la diminution des points de pression font d'ailleurs l'objet de discussion⁽¹⁹⁾. Mais même une liste exhaustive ne garantit pas une sécurité absolue. Une check-list trop longue est moins souvent mise en application ou mal mise en application⁽¹⁸⁾. Après seulement 60 à 90 secondes, le personnel se décrocentre. Dès lors, des raccourcis sont pris, des points sont laissés de côté ou des éléments extérieurs viennent perturber le processus^(1,18). En conséquence, une liste de contrôle devrait compter entre 5 et 9 points au maximum. Une check-list plus longue peut être subdivisée et ses sous-parties utilisées lors des différentes étapes du traitement⁽¹⁾.

Les éléments de mesure de la communication donnent à l'équipe chirurgicale l'occasion de partager et de discuter les informations importantes sur les spécificités du patient, sur les risques et sur l'intervention prévue. Ces mesures visent à ce que toutes les personnes impliquées dans le processus présentent la même vision de la situation du patient et des tâches à accomplir – une condition préalable pour permettre à l'équipe chirurgicale d'identifier rapidement tout écart par rapport à la procédure et de le corriger⁽¹⁷⁾. Si toute l'équipe chirurgicale est associée au processus, elle collabore plus efficacement⁽¹⁹⁾.

L'importance de la communication

Bien que les effets de la mise en œuvre des listes de contrôle sur la santé des

Figure 1 à gauche: Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale», adaptée de la Surgical Safety Checklist de l'OMS ((deutsch und französisch als separates Dokument vorhanden))

patients ne puissent être ni quantifiés, ni complètement appréhendés, on considère qu'une bonne communication peut faire la différence. Dans l'un des hôpitaux pilotes où la liste de contrôle a été introduite en 2008 et ses effets évalués, une réelle baisse du taux d'infection et du taux de mortalité et du morbidité suite à l'introduction de la liste de contrôle a été constatée, alors même qu'avant l'introduction de check-list de l'OMS six contrôles de sécurité étaient déjà mis en œuvre et que la prophylaxie antibiotique était administrée à temps⁽¹⁹⁾.

L'OMS recommande vivement de ne supprimer aucun des éléments de vérification des informations lors de l'adaptation de la check-list chirurgicale aux conditions locales, considérant que ces points – à l'image de la présentation de l'équipe lors du «Team Time Out» (voir figure 1) – influence grandement la communication interne⁽¹⁹⁾. L'OMS s'appuie sur la constatation que les personnes qui ont été invitées dès le début à participer à une discussion auront plus de facilité à faire part de leurs remarques durant le processus de mise en œuvre de la check-list^(1,19). Selon Barnes et al.⁽¹⁹⁾, si la check-list chirurgicale est efficace, c'est qu'elle permet de discuter en équipe des risques, des spécificités de l'intervention chirurgicale prévue et des préoccupations de chacun, qu'elle donne une voix à chaque membre de l'équipe du bloc opératoire, qu'elle tasse la hiérarchie et qu'elle favorise la détection de problèmes de sécurité que d'autres interventions pourraient soulever dans le futur.

Le rôle décisif de l'équipe chirurgicale

En appliquant correctement la check-list chirurgicale, le personnel du bloc opératoire – qui a la charge des contrôles de sécurité relatifs au matériel, aux instruments et aux indices de stérilité – peut contribuer significativement à améliorer la sécurité des patients. Anderson et al.⁽²¹⁾ ont étudié le rapport entre la fréquence et la conformité d'utilisation de la check-list et les

retards peropératoires. Ils ont constaté des retards dans 19% des opérations. Ces retards étaient imputables, dans 50% des cas, à des équipements manquants et, dans 30%, à des équipements défectueux. Ils ont donc conclu que la distinction entre les opérations qui affichent un retard et celles qui n'en présentent pas ne se fonde pas sur l'utilisation d'une liste de contrôle, mais ils notent aussi que dans le cas des opérations qui n'affichaient aucun retard, la qualité d'utilisation était meilleure. Forts de cette constatation, ils recommandent d'accorder une grande importance à la qualité de la liste lors de son élaboration et de s'assurer que les points qui concernent la présence et la présentation de l'équipe, le contrôle des informations contextuelles, la vérification de la prophylaxie antibiotique, du matériel et des documents d'imageries figurent sur la liste.

Le personnel du bloc opératoire joue un rôle particulièrement important dans la mise en œuvre des «Sign out», les contrôles de la troisième partie de la check-list chirurgicale, lors de la vérification des décomptes, d'une part, et de la vérification de l'étiquetage des prélèvements, d'autre part. Martis et al.⁽²²⁾ ont analysé le taux des prélèvements mal étiquetés avant et après l'introduction de mesures visant à améliorer l'observance des éléments de contrôle à l'étape «Sign out». Alors que le taux d'observance passait de 22% à 84%, le taux des erreurs d'étiquetage diminuait de moitié. Les erreurs d'étiquetage ont de lourdes conséquences sur la suite de la prise en charge médicale et chirurgicale des patients et peuvent entraîner des retards au bloc⁽²²⁾.

Un programme pilote national

Afin d'améliorer durablement la sécurité des patients en chirurgie, la Fondation Sécurité des patients Suisse a lancé le programme pilote national «progress! COM-Check – Sécurité chirurgicale». Dans le cadre de ce programme, la fondation évalue le niveau

d'observance – soit la fréquence et la qualité d'utilisation de la check-list chirurgicale. Elle émet également des recommandations qui visent à revoir certains processus et à instaurer une utilisation rigoureuse et méthodique de la liste – à savoir pour toutes les interventions, dans tout l'hôpital, quel que soit le service, le jour ou l'heure. L'observance de la check-list s'acquière par une mise en œuvre de la liste de contrôle dans la pratique quotidienne, par une auto-évaluation de la part de l'équipe du bloc opératoire et par des retours formateurs. À cet effet, un groupe de projet interne et interprofessionnel est créé pour évaluer la mise en œuvre de la check-list et faire un retour rapide et constructif à l'équipe chirurgicale.

La Fondation Sécurité des patients Suisse soutient les hôpitaux lors la mise en place de structures et de groupes de travail internes qui évalueront l'observance de la check-list chirurgicale dans leur établissement pour améliorer les processus d'équipe et de communication. 20 hôpitaux peuvent prendre part au programme pilote.

Références disponibles sur

www.sbvtoa.ch/fr/membre/revue-schnitt/



Contact:

Anita Imhof

Cheffe du programme pilote national «progress! COM-Check – Sécurité chirurgicale»

Fondation Sécurité des patients Suisse

8032 Zürich

imhof@patientensicherheit.ch

Warum die chirurgische Checkliste mehr ist als eine Ticking Box

En quoi la check-list chirurgicale est-elle bien plus qu'une liste à cocher (SCHNITT, 3, 2019)

Literatur, Littérature

1. Gawande A. The Checklist Manifesto. How to Get Things Right. 2nd ed. London: Profile Books LTD; 2011. 1–209 p.
2. Gerstle CR. Parallels in safety between aviation and healthcare. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2018;53(5):875–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29506813>
3. Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Checkliste Sichere Chirurgie [Internet]. 26.08.2019. Zürich, Schweiz; 2012. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_sichere_chirurgie/progress_SC_alle/D_Checkliste_Chirurgie.pdf
4. NHS Improvement. Provisional publication of Never Events reported as occurring between 1 April 2018 and 31 January 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/wp-content/uploads/sites/32/2016/04/provisional-ne-data-mar16.pdf>
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EPP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491–9.
6. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015;doi:10.1136/bmjqs-2015-004021.
7. Abbott TEF, Ahmad T, Phull MK, Fowler AJ, Hewson R, Biccadd BM, et al. The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2017;120(1):146–55.
8. Ramsay G, Haynes AB, Lipsitz SR, Solsky I, Leitch J, Gawande AA, et al. Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. *Br J Surg*. 2019;1–7.
9. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* [Internet]. 2014;370(11):1029–38. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1308261>
10. de Jager E, McKenna C, Bartlett L, Gunnarsson R, Ho YH. Postoperative Adverse Events Inconsistently Improved by the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Systematic Literature Review of 25 Studies. *World J Surg*. 2016;doi:10.1007/s00268-016-3519-9.
11. Boyd J, Wu G, Stelfox H. The Impact of Checklists on Inpatient Safety Outcomes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Hosp Med*. 2017;12(8):675–82.
12. Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. *Ann Surg*. 2012;256(6):925–33.
13. Papaconstantinou HT, Smythe WR, Reznik SI, Sibbitt S, Wehbe-Janek H. Surgical safety checklist and operating room efficiency: results from a large multispecialty tertiary care hospital. *Am J Surg*. 2013;(206):853–60.
14. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the who surgical safety checklist across hospitals in England. *Ann Surg* [Internet]. 2015;261(1):81–91. Available from:

http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/publishahead/A_Qualitative_Evaluation_of_the_Barriers_and.97724.aspx

15. 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*. 2015;220(1).
16. O'Connor P, Reddin C, O'Sullivan M, O'Duffy F, Keogh I. Surgical checklists: The human factor. *Patient Saf Surg*. 2013;7(14):10.1186/1754-9493-7-14.
17. 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.
18. 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>
19. Barnes C, Berry W, Edmondson L, Childers AK. Safe Surgery Checklist Implementation Guide [Internet]. 2015. Available from: <http://www.safesurgery2015.org/safe-surgery-checklist-implementation-guide.html>
20. 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.
21. 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*. 2017;163(2):259–63.
22. Martis WR, Hannam JA, Lee T, Merry AF, Mitchell SJ. Improved compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist is associated with reduced surgical specimen labelling errors. *N Z Med J*. 2016;129(1441):63–7.
23. Vincent C. Das ABC der Patientensicherheit. Schriftenreihe Nr. 4. Zürich: Patientensicherheit Schweiz; 2012.