

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies



Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies



**Organisation
mondiale de la Santé**

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009 : une chirurgie plus sûre pour épargner des vies.

1.Intervention chirurgicale - normes. 2.Infection plaie chirurgicale - prévention et contrôle. 3.Soins aux patients - normes. 4.Gestion sécurité. 5.Erreur médicale - prévention et contrôle. 6.Infection hospitalière - prévention et contrôle. 7.Garantie qualité soins - normes. 8.Service chirurgie hôpital - organisation et administration. 9.Ligne directrice. I.Sécurité des Patients OMS. II.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259859 9 (NLM classification: WO 178)

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse cidessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int). Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé à Malte

Table des Matières

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

Introduction	4
Utilisation du manuel	6
Utilisation de la liste de contrôle (en bref)	6
Utilisation de la liste de contrôle (en détail)	7
Avant induction de l'anesthésie	7
Avant incision de la peau	9
Avant que le patient ne quitte la salle d'opération	11
Notes complémentaires – promouvoir une culture de la sécurité	13
Modification de la liste de contrôle	13
Introduction de la liste de contrôle dans la salle d'opération	15
Évaluation des soins chirurgicaux	16

Introduction

Le programme *Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies* a été mis en place par le Programme Sécurité des patients OMS, dans le cadre des efforts de l'Organisation mondiale de la Santé visant à faire baisser le nombre de décès dans les services chirurgicaux du monde entier. Il a pour but de mobiliser l'engagement politique et la détermination clinique pour résoudre des problèmes essentiels de sécurité, comme le respect insuffisant des règles de sécurité pendant l'anesthésie, les infections nosocomiales évitables et la mauvaise communication entre les membres de l'équipe chirurgicale. Ces aspects se sont avérés des problèmes courants, mortels et évitables dans tous les pays et toutes les situations.

Pour aider les équipes chirurgicales à réduire le nombre de ces événements, le Programme Sécurité des patients de l'OMS – en consultation avec des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmiers, des experts de la sécurité des patients et des patients du monde entier – a déterminé dix objectifs essentiels de la sécurité chirurgicale. Ceux-ci ont été compilés dans la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS, dans le but de renforcer les pratiques reconnues dans le domaine de la sécurité et d'améliorer la communication et le travail d'équipe entre les différentes disciplines cliniques. La liste de contrôle est conçue pour être un outil à l'usage des cliniciens désireux d'améliorer la sécurité de leurs interventions et de faire baisser le nombre des décès et des complications évitables dans les services de chirurgie. On a démontré que son utilisation était associée à des baisses importantes du nombre de complications et de décès dans divers hôpitaux et diverses situations, et à une amélioration de l'observance des règles de base applicables aux soins.¹

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

Avant induction de l'anesthésie

(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?

Oui

Le site de l'intervention est-il marqué ?

Oui
 Sans objet

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

Oui

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

Oui

Le patient présente-t-il :

une allergie connue ?

Non
 Oui

un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?

Non
 Oui, et équipement/assistance disponibles

un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?

Non
 Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive.



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Avant incision de la peau

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

- Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)**
- Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision**

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

- Oui
- Sans objet

Anticipation d'évènements critiques

Pour le chirurgien :

- Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
- Quelle sera la durée de l'intervention ?
- Quelle est la perte sanguine anticipée ?

Pour l'anesthésiste :

- Le patient présente-t-il un problème particulier ?

Pour l'équipe infirmière :

- La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?
- Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

- Oui
- Sans objet

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

L'infirmier(ère) confirme oralement :

- Le type d'intervention
- Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
- Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
- S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)

- Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Utilisation du manuel

Dans ce manuel, nous entendons par « équipe chirurgicale » les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmiers, les techniciens et autres personnels du bloc opératoire participant à l'intervention. Tout comme un pilote d'avion doit s'appuyer sur le personnel au sol, le personnel de bord et les aiguilleurs du ciel pour assurer la sécurité et la réussite d'un vol, le chirurgien est un membre essentiel mais en aucun cas isolé d'une équipe chargée de soigner le patient. Tous les membres de l'équipe chirurgicale ont donc un rôle à jouer pour assurer la sécurité et le succès d'une intervention.

Ce manuel fournit des indications sur l'utilisation de la liste de contrôle, fait des suggestions pour son application, et formule des recommandations relatives à la façon de mesurer les services chirurgicaux et leurs résultats. Cette liste sera adaptée à la situation de chaque établissement. Chacun des contrôles qu'elle comporte y a été inclus sur la base de faits cliniques ou d'avis d'experts établissant que cette inclusion permettra de diminuer la probabilité

de préjudices graves et évitables et qu'il est peu probable que son application entraîne des effets indésirables ou des coûts excessifs. La liste suit également des principes de simplicité et de brièveté. Beaucoup des mesures qu'elle comporte sont déjà acceptées dans la pratique courante d'établissements du monde entier, bien qu'elles soient rarement suivies dans leur intégralité. Chaque service de chirurgie doit apprendre à l'utiliser et voir comment il peut raisonnablement intégrer ces mesures de sécurité essentielles dans la séquence normale de ses tâches.

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS et le présent manuel ont pour but ultime d'aider à faire en sorte que les équipes appliquent systématiquement quelques mesures essentielles de sécurité réduisant ainsi au minimum les risques évitables et les plus courants qui mettent en danger la vie et le bien-être des patients. La liste de contrôle sert à une interaction verbale de l'équipe visant à confirmer que les règles de soins appropriées sont appliquées à chaque patient.

Utilisation de la liste de contrôle (en bref)

Pour appliquer la liste de contrôle au cours d'une intervention chirurgicale, une seule personne doit être chargée d'en cocher les cases. Ce coordonnateur désigné de la liste de contrôle sera souvent un(e) infirmier(ère) circulant(e), mais il peut s'agir aussi de n'importe quel autre clinicien participant à l'intervention.

La liste de contrôle divise l'intervention en trois phases, correspondant chacune à une période donnée du cours normal d'une intervention : la période précédant l'induction de l'anesthésie, la période suivant cette induction et précédant l'incision chirurgicale, et la période s'écoulant durant ou juste après la suture de la plaie mais précédant la sortie du patient du bloc opératoire. Au cours de chaque phase, le coordonnateur de la liste de contrôle doit pouvoir confirmer que l'équipe a accompli les tâches nécessaires avant de poursuivre. À mesure que les équipes chirurgicales vont se familiariser avec les étapes de la liste, elles pourront les intégrer dans leurs habitudes de travail et indiquer oralement qu'elles les ont accomplies sans l'intervention explicite du coordonnateur. Chaque équipe doit chercher à intégrer l'utilisation de la liste de contrôle dans son travail avec le maximum d'efficacité et le minimum de perturbation, tout en visant l'accomplissement réel de chacune des étapes.

Toutes les étapes doivent être contrôlées oralement avec le membre de l'équipe concerné pour veiller à ce que les mesures essentielles aient été appliquées. Par conséquent,

avant l'induction de l'anesthésie, le coordonnateur de la liste confirmera oralement avec l'anesthésiste et le patient (quand c'est possible) l'identité de ce dernier, l'intervention à effectuer et son site, ainsi que le fait que le patient a donné son consentement. Le coordonnateur vérifiera et confirmera verbalement que le site a été marqué (le cas échéant) et passera en revue avec l'anesthésiste le risque de perte de sang, de difficultés au niveau des voies respiratoires et de réaction allergique du patient et que la sécurité de l'appareil d'anesthésie et du produit utilisé a été vérifiée. L'idéal serait que le chirurgien soit présent lors de cette phase car il peut avoir une idée plus précise de la perte sanguine et des allergies auxquelles s'attendre ou d'autres facteurs de complications liés au patient. Toutefois, sa présence n'est pas indispensable pour remplir cette partie de la liste de contrôle.

Avant l'incision, chaque membre de l'équipe se présentera et indiquera son rôle. S'ils ont tous déjà procédé ensemble à d'autres interventions au cours de la journée, ils peuvent se contenter de simplement confirmer que chaque membre de l'équipe est connu des autres. L'équipe confirmera à haute voix qu'il s'agit de la bonne intervention sur le bon patient au bon endroit qui va se dérouler ; tous les membres de l'équipe passeront ensuite oralement en revue les uns avec les autres, à tour de rôle, les éléments critiques de leurs plans pour l'intervention en s'aidant de la liste de contrôle. Ils confirmeront également que des antibiotiques ont été administrés à titre prophylactique au cours des 60

1 Haynes AB, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 2009; 360:491-9.

minutes qui ont précédé et que les documents d'imagerie essentiels sont affichés le cas échéant.

Avant de quitter le bloc opératoire, l'équipe passera en revue l'intervention qui a été effectuée, fera le décompte des compresses et instruments utilisés et vérifiera l'étiquetage de tout prélèvement chirurgical effectué. Elle examinera également tout matériel défectueux ou les autres problèmes à résoudre. Enfin, l'équipe passera en revue les principaux plans et préoccupations relatifs à la prise en charge postopératoire et au réveil avant sa sortie de la salle d'opération.

Il est essentiel pour le succès du processus qu'une seule personne soit responsable de la liste de contrôle. Dans le cadre complexe d'une salle d'opération, tout se déroule à un rythme rapide, et il est très facile de sauter l'une ou l'autre étape des préparatifs qui se déroulent avant, pendant et après l'intervention. La désignation d'une seule personne chargée de confirmer l'exécution de chacune des étapes

de la liste de contrôle permet de faire en sorte qu'aucune d'entre elles ne soit omise dans la précipitation à passer à la phase suivante de l'intervention. Tant que les membres de l'équipe ne connaissent pas bien les étapes à suivre, il est probable que le coordonnateur de la liste doive les guider tout au long du processus.

Un inconvénient éventuel que présente le fait d'avoir une seule personne chargée de la liste de contrôle est qu'il risque de créer des antagonismes avec d'autres membres de l'équipe. Le coordonnateur de cette liste peut et doit empêcher que l'équipe ne passe à la phase suivante de l'intervention avant que chaque étape n'ait été correctement accomplie mais, ce faisant, il arrive qu'il s'aliène ou qu'il irrite les autres membres. Les hôpitaux doivent donc soigneusement réfléchir au choix de la meilleure personne à qui confier ce rôle. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce sera un infirmier(ère) circulant(e) de bloc opératoire dans de nombreux établissements, mais n'importe quel clinicien peut coordonner ce processus.

Utilisation de la liste de contrôle (en détail)

Avant induction de l'anesthésie

Ces vérifications de sécurité doivent être achevées avant l'induction de l'anesthésie de façon à confirmer la sécurité de l'intervention. Elles supposent la présence au minimum de l'anesthésiste et du personnel infirmier. Le coordonnateur

de la liste de contrôle peut remplir cette section en une fois ou par étapes successives, en fonction des préparatifs de l'anesthésie. Le détail de chacune des vérifications est le suivant :

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site et le type d'intervention et son consentement ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle confirme oralement l'identité du patient, le type d'intervention prévue, le site de cette dernière et le consentement donné. Si elle peut paraître répétitive, cette étape est essentielle pour veiller à ce que l'équipe ne se trompe pas de patient, de site ou d'intervention. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir une

confirmation du patient, par exemple s'il s'agit d'un enfant ou d'un handicapé, un tuteur ou un membre de la famille peut assumer ce rôle. S'il n'y en a pas ou si l'on saute cette étape, par exemple en cas d'urgence, l'équipe doit comprendre pourquoi et tous ses membres doivent être d'accord avant de poursuivre.

Le site de l'intervention est-il marqué ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer que le chirurgien effectuant l'intervention a bien marqué le site de cette dernière (normalement au marqueur indélébile) dans les cas où se pose la question de la latéralité (distinction entre la droite et la gauche) ou en présence de structures ou niveaux multiples (par exemple doigt, orteil, lésion cutanée ou vertèbre). Le marquage des sites des

structures médianes (thyroïde, par exemple) ou unique (rate, par exemple) respectera la pratique locale. Le marquage systématique du site dans tous les cas permet cependant un contrôle complémentaire confirmant que le site et l'intervention sont les bons.

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle remplit cette nouvelle étape en demandant à l'anesthésiste s'il a procédé à la vérification de la sécurité anesthésique, qui consiste en une inspection systématique du matériel d'anesthésie, du circuit respiratoire, des produits et du risque anesthésique présenté par le patient avant chaque induction. En plus de la confirmation du fait que le patient peut subir l'intervention,

il y a cinq éléments que l'équipe d'anesthésie doit vérifier : le matériel respiratoire, le système de ventilation (y compris l'oxygène et les agents d'inhalation), le matériel d'aspiration, les médicaments et dispositifs et, enfin, les médicaments, le matériel et l'assistance d'urgence afin de confirmer qu'ils sont disponibles et fonctionnent bien.

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle confirme qu'un oxymètre de pouls a été posé sur le patient et qu'il fonctionne correctement avant l'induction de l'anesthésie. L'idéal serait que l'équipe chirurgicale puisse voir les chiffres indiqués par cet appareil. Il convient d'utiliser un système d'alerte sonore pour attirer l'attention de l'équipe sur le pouls et la saturation en oxygène du patient. L'OMS a vivement recommandé l'oxymétrie de pouls, élément

nécessaire d'une anesthésie sans danger. S'ils ne disposent pas d'un oxymètre de pouls en bon état de marche, le chirurgien et l'anesthésiste doivent évaluer la gravité de l'état du patient et envisager de reporter l'intervention jusqu'à ce que les mesures voulues aient été prises pour s'en procurer un. En cas d'urgence, on peut renoncer à cette exigence s'il s'agit de sauver une vie ou un membre, mais alors l'équipe doit être d'accord sur la nécessité d'effectuer l'intervention.

Le patient présente-t-il une allergie connue ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle pose cette question et les deux suivantes à l'anesthésiste. Il lui faut tout d'abord demander si le patient présente une allergie connue

et, dans l'affirmative, sa nature. Si le coordonnateur a connaissance d'une allergie que l'anesthésiste ignore, il doit lui communiquer cette information.

Le patient présente-t-il un risque d'intubation difficile ou d'inhalation ?

Le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer oralement que l'équipe d'anesthésie a évalué objectivement si le patient présentait des difficultés au niveau des voies aériennes. Il existe un certain nombre de méthodes pour évaluer les voies aériennes (classification de Mallampati, distance thyromentale, ou technique de Bellhouse et Doré). L'évaluation objective des voies respiratoires à l'aide d'une méthode valable importe plus que le choix de la méthode elle-même. Le décès d'un patient suite à la perte du contrôle des voies aériennes au cours de l'anesthésie reste un accident courant dans le monde mais peut être évité avec une planification appropriée. Si l'évaluation indique un risque élevé d'intubation difficile (par exemple score de Mallampati de 3 ou 4), l'équipe d'anesthésie doit se préparer à la possibilité d'un accident à ce niveau. Cela consistera au minimum à ajuster la méthode d'anesthésie (par exemple à utiliser une anesthésie régionale si c'est possible) ou à avoir à portée de main le matériel d'urgence

nécessaire. Un assistant compétent – qu'il s'agisse d'un second anesthésiste, du chirurgien ou d'un membre de l'équipe infirmière – doit être présent pour aider à l'induction de l'anesthésie.

Il faut également évaluer le risque d'inhalation dans le cadre de l'évaluation des voies aériennes. Si le patient souffre de reflux gastro-oesophagien symptomatique ou s'il a l'estomac plein, l'anesthésiste doit se préparer à ce risque, qui peut être diminué en modifiant le plan d'anesthésie, en utilisant par exemple des techniques d'induction rapide ou en s'assurant de l'aide d'un assistant chargé de comprimer le cartilage cricoïde pendant l'induction. Lorsqu'on sait que le patient a des voies aériennes problématiques ou qu'il présente un risque d'inhalation, l'induction d'anesthésie ne doit commencer que lorsque l'anesthésiste confirme qu'il ou elle dispose du matériel voulu et de l'aide nécessaire au chevet du patient.

Le patient présente-t-il un risque de perte sanguine >500 ml (7 ml/kg en pédiatrie) ?

À cette étape du contrôle, le coordonnateur de la liste demande à l'équipe d'anesthésie si le patient risque de perdre plus d'un demi-litre de sang au cours de l'intervention, afin de faire prendre conscience de cet événement critique et de s'y préparer. Une importante spoliation sanguine figure parmi les dangers les plus courants et les plus graves pour les patients en chirurgie, le risque de choc hypovolémique progressant rapidement lorsqu'elle dépasse 500 ml (7 ml/kg chez l'enfant). Une bonne préparation et des gestes de réanimation peuvent en atténuer considérablement les conséquences.

Il arrive que les chirurgiens ne communiquent pas systématiquement le risque de perte sanguine à l'équipe d'anesthésie et au personnel infirmier. De ce fait, si l'anesthésiste ignore quel est le risque de spoliation

sanguine importante pour le cas en question, il ou elle doit donc en discuter avec le chirurgien avant le début de l'intervention. S'il y a un risque important de perte supérieure à 500 ml, il est vivement recommandé de poser au moins deux voies veineuses périphériques ou un cathéter veineux central avant l'incision. De plus, l'équipe doit confirmer que des liquides de remplissage vasculaire ou du sang sont disponibles pour la réanimation. (N.B. : Le risque de perte sanguine sera réexaminé par le chirurgien juste avant d'inciser, ce qui constituera un deuxième contrôle de sécurité pour l'anesthésiste et le personnel infirmier.)

Cette phase se termine à ce stade et l'équipe peut passer à l'induction de l'anesthésie.

Avant incision de la peau

Avant de procéder à la première incision, l'équipe doit faire une pause momentanée afin de confirmer que plusieurs

contrôles de sécurité essentiels ont bien été faits. Ces vérifications concernent tous les membres de l'équipe.

Confirmer que tous les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)

Les membres des équipes chirurgicales peuvent changer fréquemment. La prise en charge efficace des situations à haut risque exige que tous les membres de l'équipe se connaissent bien les uns les autres et sachent quels sont les rôles et les compétences de chacun. Une simple présentation le permet. Le coordonnateur demande à

chaque personne de se présenter et d'indiquer sa fonction. Les équipes dont les membres se connaissent déjà peuvent confirmer que tout le monde a déjà été présenté, mais il faut que les nouveaux membres ou le personnel arrivés au bloc opératoire depuis la dernière intervention se présentent, y compris les étudiants et autres personnes.

Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision

Le coordonnateur de la liste de contrôle ou un autre membre de l'équipe va demander à tous ceux qui sont présents dans la salle d'opération de s'interrompre et de confirmer oralement le nom du patient, l'acte chirurgical à accomplir, son site et, le cas échéant, le positionnement du patient afin d'éviter d'opérer le mauvais patient ou au mauvais endroit. Par exemple, l'infirmier circulant annonce :

« On fait les vérifications », puis poursuit « Tout le monde est d'accord, il s'agit bien du patient X, qui se fait opérer d'une hernie inguinale droite ? ». L'anesthésiste, le chirurgien et l'infirmier(ère) circulant(e) doivent explicitement et individuellement confirmer la chose. Si le patient n'est pas sous sédation, il peut également confirmer les faits.

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

Bien que tout porte à croire qu'une prophylaxie antibiotique contre l'infection des plaies soit plus efficace si l'on parvient à obtenir des concentrations sériques et/ou tissulaires d'antibiotique et que le consensus soit général sur la question, les équipes chirurgicales n'administrent pas toujours des antibiotiques dans l'heure précédant l'incision. Pour réduire le risque d'infection, le coordonnateur demandera à haute voix si des antibiotiques ont été administrés à titre prophylactique au cours des 60 minutes qui ont précédé. Le membre de l'équipe responsable de

cette administration – (en général l'anesthésiste) – doit le confirmer oralement. Si les antibiotiques n'ont pas été administrés, ils doivent l'être sur le champ, avant l'incision. S'ils ont été administrés il y a plus de 60 minutes, l'équipe doit envisager d'en réadministrer au patient. Si des antibiotiques prophylactiques ne sont pas considérés comme appropriés (par exemple cas dans lesquels il n'y a pas d'incision cutanée, cas contaminés pour lesquels les antibiotiques sont administrés pour le traitement), l'équipe doit le confirmer oralement.

Anticipation d'évènements critiques

Une communication efficace au sein de l'équipe est un élément essentiel de la sécurité chirurgicale, d'un travail d'équipe efficace et de la prévention des complications majeures. Pour assurer la communication des problèmes critiques présentés par le patient, le coordonnateur de la liste de contrôle mène une brève discussion entre le chirurgien, les anesthésistes et le personnel infirmier concernant les principaux dangers et le plan opératoire. Pour ce faire, il peut simplement poser à chaque membre

de l'équipe une question précise à voix haute. L'ordre dans lequel il les pose n'a pas d'importance, mais chaque spécialiste de la discipline clinique en question doit fournir les informations voulues et faire part de ses préoccupations. Au cours des interventions classiques ou de celles bien connues de chaque membre de l'équipe, le chirurgien peut se contenter de dire : « *C'est un cas classique d'une durée de X* », puis demander à l'anesthésiste et à l'infirmier s'ils ont des préoccupations particulières.

Pour le chirurgien : quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?

Quelle sera la durée de l'intervention ? Quelle est la perte sanguine anticipée ?

Une discussion sur les « étapes critiques ou inhabituelles » vise au minimum à informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque de perte sanguine rapide, de traumatisme ou d'autre épisode

morbide majeur. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un matériel, des implants ou des préparatifs particuliers.

Pour l'anesthésiste : le patient présente-t-il un problème particulier ?

Chez les patients exposés à un risque majeur de perte sanguine, l'instabilité hémodynamique ou d'autres pathologies dues à l'intervention, un membre de l'équipe d'anesthésie passe en revue à voix haute les plans et les préoccupations particuliers relatifs à la réanimation – notamment l'intention de recourir à des produits sanguins et les caractéristiques ou comorbidités (cardiopathie,

pneumopathie, arythmies, maladies du sang, etc.) pouvant entraîner des complications. Il est bien entendu que de nombreuses interventions n'entraînent aucun risque ni préoccupation critiques particuliers devant être connus de l'équipe. En pareil cas, l'anesthésiste peut se contenter de dire : « *Je n'ai pas d'inquiétude particulière pour ce cas* ».

Pour l'équipe infirmière : la stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?

Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

L'infirmier(ère) instrumentiste ou le technicien qui met en place le plateau pour le cas doit confirmer oralement que la stérilisation a été faite et que, pour les instruments stérilisés à la chaleur, le succès en a été vérifié avec un indicateur de stérilité. Tout écart entre le résultat attendu et le résultat de l'indicateur doit être signalé à tous les membres de l'équipe qui y remédieront avant d'inciser. C'est également l'occasion de discuter des problèmes que peut avoir

l'infirmier(ère) circulant(e) ou l'instrumentiste avec le matériel, d'autres préparatifs en vue de l'intervention ou la sécurité, notamment ceux qui ne sont pas couverts par le chirurgien et l'équipe d'anesthésie. S'il n'y a pas de problème particulier, l'infirmier(ère) instrumentiste ou le technicien peuvent se contenter de dire : « *Stérilité vérifiée, aucun problème particulier* ».

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

Ces documents sont indispensables pour veiller à la bonne préparation et la bonne conduite de nombreuses interventions, notamment orthopédiques, rachidiennes et thoraciques, ainsi que de nombreuses résections tumorales. Avant d'inciser la peau, le coordonnateur doit demander au chirurgien si des documents d'imagerie sont nécessaires pour le cas. Dans l'affirmative, le coordonnateur confirmera oralement que les documents essentiels nécessaires au cours de l'intervention sont bien affichés en

salle. Si les documents d'imagerie sont nécessaires mais non disponibles, il convient de les obtenir. Le chirurgien décidera s'il va poursuivre ou non sans ces documents s'ils sont nécessaires mais pas disponibles.

À ce stade, la phase des vérifications est terminée et l'équipe peut procéder à l'intervention.

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

Les vérifications finales doivent être effectuées avant de sortir le patient du bloc opératoire. L'objectif est de faciliter la transmission des informations importantes aux équipes de soins qui seront chargées de s'occuper du patient après l'intervention. Ces vérifications peuvent être faites

à l'initiative de l'infirmier(ère) circulant(e), du chirurgien ou de l'anesthésiste et doivent être effectuées avant que le chirurgien n'ait quitté la salle. Elles peuvent se dérouler par exemple pendant la suture de la plaie.

L'infirmier(ère) confirme oralement :

Le type d'intervention

Comme l'intervention peut avoir été modifiée ou étendue en cours d'opération, le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer avec le chirurgien et l'équipe la nature exacte

de celle-ci. Cela peut prendre la forme d'une question : « *Quelle intervention a été effectuée* », ou d'une confirmation « *Nous avons procédé à l'intervention X, exact ?* ».

Le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles

Il est rare d'oublier des instruments, des compresses ou des aiguilles dans le corps d'un patient, mais ce sont toutefois des erreurs qui arrivent et qui peuvent avoir des conséquences désastreuses. L'infirmier(ère) instrumentiste ou circulant(e) doit donc confirmer verbalement le décompte final des compresses et aiguilles. En cas de

cavité ouverte, il faut également confirmer le décompte des instruments. S'il n'est pas conforme à ce qu'il devrait être, l'équipe doit alors être alertée de façon à prendre les mesures voulues (examiner les champs opératoires, les poubelles, la plaie ou, le cas échéant, pratiquer des radiographies).

L'étiquetage des prélèvements

(lecture à voix haute des étiquettes, y compris le nom du malade)

Les erreurs d'étiquetage des prélèvements pathologiques peuvent être désastreuses pour un patient et l'on a montré qu'elles constituaient une source fréquente d'erreurs de laboratoire. L'infirmier(ère) circulant(e) doit confirmer le bon

étiquetage de tout spécimen pathologique prélevé pendant l'intervention en lisant à voix haute le nom du patient, la description du prélèvement et toute caractéristique complémentaire.

S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

Les problèmes de ce type en salle d'opération sont universels. Il est important de déterminer précisément l'origine des pannes, ainsi que les instruments et le matériel qui n'ont pas fonctionné correctement, pour éviter qu'ils

ne soient réutilisés au bloc avant que le problème n'ait été résolu. Le coordonnateur doit veiller à ce que tout problème lié au matériel survenant pendant une intervention soit noté par l'équipe.

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère) : quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge du patient ?

Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère) doivent examiner le plan de réveil et de prise en charge postopératoire, en s'attachant plus particulièrement aux problèmes survenus pendant l'intervention ou l'anesthésie qui pourraient se répercuter sur le patient. Les événements qui présentent un risque particulier pour le patient au cours du réveil et qui ne sautent pas forcément aux yeux du personnel impliqué sont particulièrement importants à cet

égard. À ce stade, l'objectif est de transmettre de manière efficace et appropriée toutes les informations essentielles à l'ensemble de l'équipe.

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale s'achève sur cette dernière étape. Si on le souhaite, elle peut être jointe au dossier du patient ou conservée pour un examen d'assurance qualité.

Notes complémentaires

Promouvoir une culture de la sécurité

Modification de la liste de contrôle

La liste de contrôle peut être modifiée pour prendre en compte les différences entre établissements relatives aux procédures, aux habitudes des salles d'opération et à la mesure dans laquelle les membres de l'équipe se connaissent. Il faut toutefois vivement dissuader les équipes de supprimer certaines étapes du fait qu'elles ne peuvent être accomplies dans l'environnement ou le contexte existant. Ces étapes doivent inspirer un changement effectif qui amènera l'équipe chirurgicale à se conformer à chaque élément de la liste de contrôle.

La modification de la liste de contrôle doit être effectuée avec un œil critique. Les chirurgiens, anesthésistes et infirmiers doivent participer au processus, et la liste de contrôle qui en résulte être testée en simulation ou en situation réelle de façon à s'assurer qu'elle fonctionne bien. De plus, bon nombre des principes appliqués dans l'élaboration de la liste de contrôle peuvent également l'être lors de sa modification, qui doit être :

Bien ciblée La liste de contrôle doit s'efforcer d'être concise, de traiter des questions les plus critiques et qui ne sont pas suffisamment vérifiées par les autres mécanismes de sécurité. Cinq à neuf rubriques dans chaque section de la liste constituent l'idéal.

Brève Il ne doit pas falloir plus d'une minute pour remplir chaque section de la liste de contrôle. C'est peut-être tentant d'essayer de créer une liste plus exhaustive, mais la nécessité d'intégrer la liste dans le flux des soins doit venir contrebalancer cette tendance.

Applicable Chaque élément de la liste de contrôle doit être relié à une tâche particulière, sans ambiguïté. Les éléments qui ne sont pas directement associés à une tâche entraîneront une certaine confusion parmi les membres de l'équipe concernant ce qu'on attend d'eux.

Verbale

La fonction de la liste de contrôle est de favoriser et d'orienter une interaction orale entre les membres de l'équipe. Verbaliser cette liste de contrôle est essentiel pour son succès— elle sera probablement beaucoup moins efficace si elle n'est utilisée que comme instrument écrit.

Concertée

Tout effort visant à modifier la liste de contrôle doit être effectué en collaboration avec les représentants des groupes susceptibles de l'utiliser. Il est important de rechercher activement la participation des infirmiers, anesthésistes, chirurgiens et autres intervenants non seulement pour qu'ils aident à apporter les modifications nécessaires, mais aussi pour créer un sentiment d'« appropriation » essentiel pour son adoption et la modification définitive des pratiques.

Testée

Avant toute présentation d'une liste de contrôle modifiée, il convient de la tester dans un cadre limité. L'information en retour donnée en temps réel par les cliniciens est indispensable pour élaborer avec succès une liste de contrôle et l'intégrer dans le processus des soins. L'essayer au moyen d'une « simulation » aussi simple que le fait de la passer en revue en étant assis autour d'une table avec les membres de l'équipe est important. Nous suggérons également de faire utiliser la liste de contrôle pendant une journée par une seule équipe opératoire et de recueillir ensuite le retour d'information. Modifier la liste de contrôle ou la façon dont elle est intégrée dans les soins en conséquence, puis réessayer la liste dans une seule salle d'opération. Continuer ainsi jusqu'à être suffisamment sûr que la liste de contrôle ainsi créée fonctionne dans votre environnement. Puis envisager un programme de mise en oeuvre élargi.

Intégrée

De nombreuses institutions ont déjà des stratégies pour faire en sorte d'assurer de façon fiable bon nombre des processus qui font partie de la liste de contrôle de l'OMS. Intégrer de nouveaux contrôles de la sécurité dans des processus est difficile mais possible dans pratiquement tous les contextes. Les principales adjonctions aux habitudes existantes concernent l'intégration de la communication au sein de l'équipe, les réunions préopératoires et les comptes rendus postopératoires. Ces éléments revêtent une importance déterminante et ne doivent pas être retirés de la liste de contrôle.

Pour plus de concision, la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS ne visait pas à être exhaustive. Les équipes peuvent envisager d'y ajouter d'autres vérifications de sécurité pour des interventions données, en particulier si elles font partie d'un processus systématique fixé dans l'établissement. Chaque phase doit être l'occasion de vérifier que les étapes de sécurité essentielles sont systématiquement effectuées. Ces étapes supplémentaires peuvent comprendre la confirmation d'une prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse par des moyens mécaniques (chaussettes et bas de contention) et/ou des moyens médicaux (héparine ou warfarine) lorsque c'est indiqué, la mise à disposition d'implants essentiels (treillis ou prothèse), d'autres besoins en matériel ou résultats de biopsies, d'analyses de laboratoire, de groupage sanguin nécessaires avant l'intervention. Chaque endroit est encouragé à reformater, réordonner ou réviser la liste de contrôle pour l'adapter à la pratique locale tout en veillant à ce que les étapes de sécurité essentielles soient menées à bien de manière efficace. Comme noté plus haut, les établissements et les personnes sont rendus attentifs au fait qu'il ne faut pas faire de la liste de contrôle un outil complexe et ingérable.

Introduction de la liste de contrôle dans la salle d'opération

Il faudra aux équipes de la pratique pour apprendre à se servir efficacement de la liste de contrôle. Certaines personnes la considéreront comme une sanction, voire comme une perte de temps. L'objectif n'est pas de réciter comme un perroquet ni d'entraver le travail. La liste de contrôle vise à donner aux équipes une série simple et efficace de vérifications prioritaires à faire pour améliorer le travail et la communication et pour les encourager à être attentives à la sécurité des patients lors de chaque intervention. Bon nombre des étapes figurant sur cette liste sont déjà suivies dans les salles d'opération du monde entier ; peu d'entre elles les appliquent toutes de manière fiable. La liste de contrôle a deux objectifs : assurer l'uniformité de la sécurité des patients et introduire (ou maintenir) une culture qui la valorise.

Pour mettre en oeuvre avec succès la liste de contrôle, il faut l'adapter aux habitudes et attentes locales. Cela ne sera pas possible sans un engagement sincère des directeurs d'hôpitaux. Pour que cette liste de contrôle parvienne à s'imposer, les services de chirurgie, d'anesthésie et de soins infirmiers doivent publiquement adhérer à l'idée que la sécurité est une priorité et que le fait d'appliquer la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS peut en faire une réalité. Pour en faire la preuve, ils doivent se servir de la liste de contrôle dans leurs propres départements et demander régulièrement aux autres où en est la mise en oeuvre. S'il n'y a pas de véritable direction, l'institution d'une liste de contrôle de cette nature peut susciter mécontentement et hostilité.

Les travaux antérieurs visant à améliorer la qualité ont fourni un certain nombre de modèles concernant la façon de mettre en oeuvre une telle liste de contrôle dans la salle d'opération. L'expérience de l'étude pilote a confirmé l'utilité de beaucoup de ces stratégies. Un certain nombre d'étapes suggérées sont indiquées cidessous pour examen lorsque les établissements commencent à mettre en oeuvre cette liste de contrôle.

Constituer une équipe

L'engagement de tous les membres de l'équipe clinique impliqués dans l'intervention chirurgicale est indispensable. Commencer à mettre en place un soutien en y faisant participer les cliniciens qui sont susceptibles d'être les plus coopératifs. Y inclure des collaborateurs appartenant au plus grand nombre possible de disciplines cliniques (chirurgie, anesthésie, soins infirmiers). Choisir un groupe central de personnes enthousiasmées par la liste de contrôle tout en essayant d'y faire participer au moins un membre de chacune des disciplines cliniques. À ce stade précoce, travailler avec

les personnes intéressées plutôt que d'essayer de convaincre les plus résistantes. Impliquer également les directeurs et administrateurs des hôpitaux dans la mesure du possible. Souligner les avantages que présente la baisse des taux de complications et les économies potentielles réalisables au niveau des coûts.

Commencer petit, puis étendre

Commencer petit en testant la liste de contrôle dans une salle d'opération avec une équipe et en poursuivant après que les problèmes ont été résolus et que l'intérêt pour la liste grandit. Au cours de l'évaluation effectuée à l'origine par l'OMS, les sites qui ont essayé de mettre en oeuvre la liste de contrôle dans plusieurs salles d'opération en même temps ou dans tout l'hôpital ont rencontré le plus de résistance et ont le plus de difficultés à convaincre le personnel de l'utiliser efficacement. Une fois que l'équipe utilise aisément la liste de contrôle, la communiquer à une autre salle d'opération. Évoquer ces efforts avec les différents départements de chirurgie et chirurgiens. S'assurer que les membres de l'équipe impliqués à l'origine dans le processus appliquent la liste de contrôle dans leurs propres salles d'opération. Adapter la liste de contrôle à chaque endroit selon les besoins, mais ne pas supprimer des étapes de sécurité juste parce qu'elles ne peuvent être accomplies. Faire face à la résistance au fur et à mesure qu'elle apparaît. Les cliniciens qui ont utilisé la liste de contrôle et qui ont une bonne expérience de celle-ci sont les mieux placés pour la promouvoir, défendre son utilisation et l'étendre dans l'hôpital.

Suivre les modifications et les améliorations

Les lignes directrices de l'OMS relatives à la sécurité chirurgicale encouragent le suivi des résultats et des complications des actes chirurgicaux. L'idéal serait que les hôpitaux et les établissements suivent le processus et en mesurent les résultats, par exemple en déterminant le pourcentage d'interventions au cours desquelles des antibiotiques ont été administrés au bon moment et le taux d'infection des sites chirurgicaux.

Évaluation des soins chirurgicaux

La surveillance et l'évaluation des résultats sont un élément essentiel des soins chirurgicaux. De nombreux établissements et départements sont déjà engagés dans ce processus ; une collecte de données supplémentaire n'est ni recommandée ni encouragée si un tel système est déjà en place et s'avère utile pour les cliniciens et le personnel comme moyen d'améliorer la qualité des soins. Toutefois, dans les hôpitaux où les résultats des soins chirurgicaux ne sont pas systématiquement suivis et où les complications postopératoires ne sont pas enregistrées, ou dans lesquels des mécanismes de surveillance n'ont pas été suffisamment bien appliqués pour permettre d'identifier les mauvaises pratiques, l'OMS recommande vivement de mettre en place un système de suivi. En particulier, les décès survenus le jour de l'intervention et les décès postopératoires en milieu hospitalier doivent être systématiquement enregistrés par les établissements et les cliniciens en tant que moyen de suivi chirurgical au niveau de l'hôpital et des praticiens. Lorsqu'elle est combinée au volume opératoire, ce type d'information donne au département de chirurgie les taux de mortalité le jour de l'intervention et postopératoires à l'hôpital. Ceux-ci peuvent permettre aux chirurgiens de déterminer les insuffisances au niveau de la sécurité et d'orienter les cliniciens sur la façon d'améliorer les soins. En outre, pour les établissements qui ont la capacité et la possibilité de le faire, les taux d'infection des sites des interventions et le score d'Apgar chirurgical² sont également des mesures importantes.²

Outre les décès et les complications, on peut également incorporer des mesures du bon déroulement de l'intervention dans les systèmes d'évaluation, qui permettent d'identifier les manquements à la sécurité et les possibilités d'amélioration. Une meilleure observance a été associée à de meilleurs résultats et peut aider à repérer les faiblesses du système de fourniture de soins. Quelques propositions de mesures, même intermittentes, sont celles de la fréquence d'observance :

- du marquage du site opératoire par le chirurgien,
- de l'exécution d'une vérification de la sécurité anesthésique de l'appareil et des médicaments,
- de l'utilisation de l'oxymétrie de pouls tout au long de l'anesthésie dans tous les cas,
- de l'évaluation objective des voies aériennes,
- de l'utilisation d'indicateurs de stérilité pour s'assurer de la bonne application des pratiques de stérilité,
- de l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique dans l'heure précédant l'incision cutanée,
- de la confirmation à voix haute de l'identité du patient, du site et de l'intervention à effectuer immédiatement avant l'incision en présence de tous les membres de l'équipe,
- de la réunion de l'équipe avant l'intervention afin d'examiner les préoccupations d'ordre clinique, le plan de l'opération et autre question essentielle,
- du compte rendu postopératoire de l'équipe afin d'évoquer les problèmes survenus et les préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge du patient.

L'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS a, à l'évidence, amélioré l'observance des règles de base des soins chirurgicaux dans divers hôpitaux du monde entier. Si le rapport entre adhésion aux règles et diminution des taux de complications est probablement multifactoriel, le fait d'améliorer la sécurité et la fiabilité des soins chirurgicaux permet d'épargner des vies et d'augmenter la confiance dans le système de santé.

² Gawande A, et al. An Apgar score for surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; **204**:201-8

Organisation mondiale de la Santé

20 Avenue Appia
CH – 1211 Genève 27
Suisse
Tel: +41 (0) 22 791 50 60

Email

patientsafety@who.int
Pour plus de détails, voir:
www.who.int/patientsafety/en/
www.who.int/patientsafety/safesurgery/en

