

---

# Introduction aux Modules 9 à 11

## Mettre les connaissances en pratique : lutte contre les infections, procédures invasives et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Le moment le plus propice pour enseigner les trois prochains modules est à l'occasion d'un stage des étudiants dans leur environnement de pratique, à savoir à l'hôpital, dans un centre de soins ou en milieu communautaire.

Une grande partie du contenu de ce Guide pédagogique sera nouveau pour les étudiants. Mais s'ils n'appliquent pas ces nouvelles connaissances dans leur milieu d'exercice, la qualité des soins que fournissent les étudiants et les professionnels de santé et que reçoivent les patients n'évoluera guère. Les étudiants doivent mettre en pratique les techniques et comportements décrits dans ce Guide pédagogique. Les trois prochains modules sur la lutte contre les infections, les procédures invasives et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ont été élaborés sous l'angle de la sécurité des patients en s'appuyant sur les dernières recommandations fondées sur les preuves. Ils sont destinés à optimiser la capacité des étudiants à appliquer les concepts et principes de sécurité dans leur travail au sein de la communauté, à l'hôpital, en centre de soins ou dans un autre milieu de soins. Avant d'enseigner l'un ou l'autre de ces modules, il serait utile que les étudiants aient eu un aperçu des concepts présentés dans les modules précédents, notamment ceux portant sur le travail en équipe, l'approche systémique et les erreurs.

Le module 4 : *Etre un membre efficace en équipe* doit impérativement avoir été étudié avant de poursuivre. Pour répondre de manière appropriée aux problématiques soulevées dans chacun de ces modules, il est essentiel que tous les membres de l'équipe (y compris les étudiants) mesurent bien l'importance et la pertinence d'une communication précise et complète,

à l'écrit comme à l'oral, avec autrui et notamment avec les patients et leurs proches. Les étudiants devraient se familiariser avec les techniques telles que la vérification, les check-lists, les briefings, les débriefings, la remontée d'informations et les transmissions et les transferts opportuns lorsqu'ils sont en contact avec les patients et leurs familles. Il est plus probable qu'ils mettent ces techniques en pratique s'ils prennent conscience de leur pertinence.

Les trois prochains modules reposent fortement sur l'application des recommandations appropriées et autorisées. A mesure que les étudiants apprendront à comprendre le rôle des recommandations et pourquoi elles sont importantes en santé, ils percevront combien les résultats positifs des patients dépendent du fait que tous les membres de l'équipe soignante suivent bien les mêmes plans de traitement. Les recommandations visent à faciliter la prise en charge des patients en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles. La pratique fondée sur les preuves utilise ces dernières afin d'atténuer les différences dans la pratique et de diminuer les risques pour les patients. Il existe de nombreuses preuves montrant que la bonne utilisation des recommandations cliniques peut réduire les événements indésirables [1, 2].

### Références

1. *Clinical evidence* [site Internet]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (<http://www.clinicalevidence.bmj.com> ; consulté le 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

---

# Module 10

## Sécurité des patients et procédures invasives

### Arthroscopie pratiquée sur le genou du mauvais côté

Brian s'est blessé au genou gauche en faisant de l'exercice et a été orienté vers un chirurgien orthopédiste par son médecin traitant. Le chirurgien orthopédiste a obtenu son consentement pour réaliser un examen du genou gauche sous anesthésie en chirurgie ambulatoire. Dans le cadre de la procédure préopératoire de routine, deux infirmières diplômées d'état ont confirmé que la signature figurait bien sur le formulaire de consentement pour un examen programmé de son genou gauche.

Le chirurgien a discuté avec Brian avant d'entrer au bloc opératoire, mais n'a pas confirmé quel genou devait être opéré. Brian a été emmené au bloc opératoire et anesthésié. L'infirmière anesthésiste a vu un garrot posé sur sa jambe droite et l'a gonflé. Avec un autre membre du personnel, elle a appliqué un bandage visant à limiter le flux sanguin. L'infirmière de bloc diplômée d'état (IBODE) a vérifié le côté à opérer sur la check-list au bloc afin de commencer la préparation. Lorsqu'elle a vu que le chirurgien orthopédiste était en train de préparer la jambe droite, elle lui a dit que, selon elle, l'opération était prévue sur l'autre jambe. L'infirmière diplômée d'état et l'infirmière de bloc opératoire ont entendu toutes deux le médecin exprimer son désaccord et la jambe droite (la mauvaise) a été opérée.

---

Source : Case studies—professional standards committees. *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000*:64. Sydney, New South Wales, Australie.

### Introduction—Sécurité des patients et procédures invasives



Plus de 230 millions d'interventions majeures sont réalisées chaque année à travers le monde [1]. D'après les données disponibles, 0,4–0,8 % des actes chirurgicaux ont pour conséquence directe le décès du patient et 3–16 % d'entre eux sont associés à des complications ; ce qui représente 1 million de décès et 6 millions d'incapacités chaque année dans le monde [2–5]. Cela ne signifie pas que les chirurgiens et ou les autres professionnels de santé soient négligents ou incompetents, mais plutôt que les possibilités que quelque chose se passe mal au cours des procédures invasives sont nombreuses. En outre, les problèmes causés par des infections du site opératoire représentent une part significative de la totalité des infections associées aux soins. Ce module aidera les étudiants à mieux comprendre comment les principes de sécurité des patients peuvent contribuer à minimiser les événements indésirables associés aux procédures invasives. De nombreux outils validés sont désormais disponibles pour aider les équipes soignantes à fournir des soins chirurgicaux avec sécurité. Citons notamment la check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, actuellement diffusée dans le monde entier et adaptée en France par la HAS [6]. Hormis les étudiants en médecine et en soins infirmiers, ceux des autres filières du secteur de la santé n'auront probablement que peu d'occasions de mettre en œuvre ces étapes visant à améliorer les résultats chirurgicaux lors de leur formation. Ils peuvent toutefois observer comment les professionnels de santé communiquent les uns avec les autres et quelles techniques ils utilisent pour s'assurer d'administrer le bon traitement à la bonne personne ou de pratiquer la bonne intervention sur la bonne partie du corps. Ils peuvent également observer ce qu'il se passe lorsque les professionnels de santé ne suivent pas correctement un protocole.

## Mots-clés

infections du site opératoire, erreurs chirurgicales/de procédure, recommandations, défauts de communication, procédures de contrôle, travail en équipe.

## Objectifs d'apprentissage



Comprendre les causes principales d'événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux procédures invasives et comment l'utilisation de recommandations, de procédures de contrôle et le travail en équipe peuvent faciliter l'administration du bon traitement au bon patient au bon moment et au bon endroit.

Si les principes décrits dans ce module sont importants aussi bien en chirurgie que pour les autres procédures invasives, la plupart des preuves disponibles dans la littérature portent sur les interventions chirurgicales.

## Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

### Connaissances théoriques



Les étudiants doivent connaître les principaux types d'événements indésirables associés aux procédures invasives et se familiariser avec les procédures de contrôle pouvant être utilisées pour améliorer la sécurité des soins chirurgicaux et des procédures invasives.

### Connaissances pratiques



Les étudiants devront démontrer leur capacité à :

- suivre les procédures de contrôle afin d'éviter les erreurs de patient, de côté et de procédure (check-list opératoire, par exemple) ;
- mettre en pratique des techniques visant à réduire les risques et les erreurs (temps de pause, briefings, débriefings, expression des préoccupations) ;
- participer à un processus pédagogique de revue de la mortalité et morbidité ;
- s'engager activement en tant que membre de l'équipe ;
- s'engager activement avec le patient à tout moment.

## Causes d'événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux autres procédures invasives.



Les étudiants doivent connaître les principaux types d'événements indésirables associés aux soins chirurgicaux et procédures invasives. Les compétences du chirurgien ou de la personne ayant pratiqué la procédure et l'âge et la condition physique du patient sont les raisons traditionnellement avancées pour expliquer les événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et autres procédures invasives. Vincent *et al.* [4] ont soutenu que les résultats défavorables des actes chirurgicaux et d'autres procédures sont associés à de nombreux autres facteurs, tels que la conception du lieu de travail et

son impact sur les personnes qui y travaillent, le travail en équipe et la culture organisationnelle. L'approche systémique étudiée dans le Module 3, ainsi que les compétences décrites dans les modules sur le travail en équipe et la lutte contre les infections sont particulièrement utiles pour ce sujet. →

Une chirurgie sûre nécessite un travail d'équipe efficace, ce qui signifie que les médecins, les infirmier(ère)s et les autres professionnels ont tous des responsabilités et des rôles clairement définis et que chacun connaît les rôles des autres membres de l'équipe.

Une approche systémique des événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux procédures invasives exige que nous examinons à la fois les facteurs latents, comme le travail en équipe et un leadership inadéquat, et des facteurs apparents (sur le lieu de soins), tels que les transmissions lors des relèves de poste et un mauvais recueil de l'histoire de la maladie. (Voir Module 4). →

Les trois causes principales d'événements indésirables lors des procédures invasives sont décrites ci-dessous.

### Prévention insuffisante des infections associées aux soins

L'étude Harvard Medical Practice Study II [5] a mis en évidence que les infections des plaies chirurgicales constituaient la deuxième catégorie d'événements indésirables par ordre de grandeur et a ainsi confirmé la croyance de longue date selon laquelle les infections nosocomiales à *staphylocoques* constituaient un risque majeur chez les patients hospitalisés, en particulier ceux qui reçoivent des soins chirurgicaux. La mise en œuvre de meilleures pratiques de lutte contre les infections, telles que l'administration appropriée d'une antibioprophylaxie, a réduit l'incidence des infections postopératoires. En outre, les efforts visant à sensibiliser aux risques de transmission et à attirer l'attention sur la question montrent aux professionnels de santé comment minimiser les risques d'infection acquise.

Il relève de la responsabilité de chacun de diminuer les risques de contamination des vêtements, des mains et du matériel associés à la transmission d'agents pathogènes. (La lutte contre les infections est abordée plus en détail dans le Module 9). →

Au cours de leur formation, de nombreux étudiants sont amenés à assister à une intervention chirurgicale ou à une procédure invasive ou à être en contact avec des patients vulnérables aux infections. Ils doivent à tout moment se conformer aux recommandations sur la lutte contre les infections et respecter les précautions standard. Dans une équipe efficace, chaque membre, quel que soit sa profession ou son niveau d'expérience, est tenu responsable de la sécurité de la pratique ; chacun, même le moins expérimenté, est encouragé à exprimer ses inquiétudes quant à la sécurité.

### Prise en charge inadéquate du patient

La salle d'opération et l'environnement chirurgical sont le lieu d'activités extrêmement complexes impliquant un grand nombre de professionnels de santé différents et qui devraient toujours inclure le patient lorsqu'il est conscient. Cela pourrait expliquer pourquoi les services de chirurgie enregistrent davantage d'événements indésirables que les autres services hospitaliers.

Parmi les principaux événements indésirables associés aux soins chirurgicaux figurent : les infections postopératoires, les complications cardiovasculaires, respiratoires et thromboemboliques. L'analyse de ces événements a permis d'identifier une série de conditions préexistantes (facteurs latents). Ces facteurs latents comprennent :

- la mise en œuvre inadéquate des protocoles ou recommandations ;
- un leadership inadapté ;
- un travail d'équipe déficient ;
- des conflits entre différentes unités/différents groupes au sein de l'établissement ;
- une formation et une préparation inadéquates du personnel ;
- le manque de ressources ;
- l'absence de pratiques fondées sur les preuves ;
- une mauvaise culture organisationnelle ;
- la surcharge de travail ;
- l'absence d'un dispositif de gestion de la performance.

Outre les facteurs latents, les personnes qui travaillent directement sur le lieu des soins périopératoires sont susceptibles de faire les erreurs suivantes, qui constituent des causes connues d'événements indésirables :

- l'absence de mesures de précaution visant à éviter les blessures accidentelles ;
- des retards évitables dans les traitements ;
- l'absence d'anamnèse ou d'examen clinique adéquats ;
- la non-utilisation des analyses et tests indiqués ;
- l'inaction face à des résultats d'analyses ou de tests ;
- l'exercice en dehors de son domaine d'expertise (par ex. ne pas consulter de confrère, ne pas orienter le patient, ne pas chercher de l'aide ou transférer le patient) ;
- des défauts dans la communication.

Les situations où les informations sont fournies trop tard pour être efficaces, où elles sont incohérentes ou inexactes, où les bonnes personnes ne reçoivent pas les informations nécessaires ainsi que les situations où il existe des problèmes non résolus au sein de l'équipe sont autant d'exemples de défauts de communication. Il est essentiel d'inclure le patient dans l'équipe ; les professionnels de santé devraient en permanence échanger et vérifier les informations avec lui, lorsque cela est possible. En outre, les étudiants ont besoin de vérifier que chacun de leurs

patients comprenne ce qu'on lui fait en lui demandant de répéter aux professionnels de santé les informations fournies.

### Défauts de communication des professionnels de santé avant, pendant et après les procédures

La mauvaise communication est l'un des plus grands problèmes au sein de l'environnement chirurgical. Elle est à l'origine d'interventions chirurgicales chez le mauvais patient, du mauvais côté ou sur le mauvais site, ou encore de mauvaises indications. Ne pas communiquer l'évolution de l'état de santé du patient ou ne pas administrer d'antibioprophylaxie a également conduit à des événements indésirables. Des désaccords sur le fait d'arrêter ou non une procédure et des incidents pour lesquels les erreurs n'ont pas été signalées correctement ont aussi été documentés.

Dans la salle d'opération, les professionnels de santé sont souvent amenés à réaliser de nombreuses tâches simultanées. La plupart des stagiaires et des étudiants voient une équipe chirurgicale composée de médecins et d'infirmier(ères) comme une ruche fourmillant d'activités. Outre une charge de travail très importante, l'environnement périopératoire se caractérise par un personnel dont le niveau d'expérience et de compétences est variable. La combinaison de tous ces facteurs peut considérablement affecter la capacité de l'équipe à communiquer de manière précise et en temps opportun. Il existe des défauts de communication à toutes les étapes. Mais ils s'avèrent particulièrement problématiques lorsqu'ils surviennent pendant le transfert d'un patient d'une phase de soins à une autre. Si le patient présente un événement indésirable au cours d'une procédure ou d'un traitement, cela ajoute un degré de complexité supplémentaire. Il est important de ne pas oublier que le patient a besoin d'être totalement informé de ce qu'il s'est passé et de la façon dont il sera pris en charge. Il peut éprouver le besoin de parler de cette expérience. À la suite d'un événement indésirable, le personnel peut se montrer réticent à l'idée de prendre le temps nécessaire pour écouter le patient, mais il est important de le faire. L'impact des événements indésirables est abordé plus en détail dans le Module 8 : *S'impliquer avec les patients et leur entourage*.

Bon nombre de pays collectent désormais des données sur les procédures invasives pratiquées chez le mauvais patient. Il a été établi que l'un des meilleurs moyens de réduire les erreurs d'identification consiste à utiliser les recommandations de meilleures pratiques visant à garantir que le bon patient reçoive le bon traitement. Les données montrent de façon convaincante que lorsque les professionnels de santé suivent les recommandations approuvées et connaissent les principes qui sous-tendent une approche standardisée du traitement et des soins, les résultats des patients sont considérablement améliorés.

La complexité de l'environnement chirurgical est un facteur majeur à l'origine des erreurs de communication, qui surviennent à tous les niveaux. Une étude de Lingard *et al.* [7] a décrit les différents types de défauts de communication concernant les médecins. Dans cette étude, 36 % des problèmes de

communication ont entraîné un effet visible, tel que des tensions au sein de l'équipe, l'inefficacité, le gaspillage de ressources, une erreur de procédure ou des désagréments pour les patients. (Le Tableau B.10.1 présente des exemples de différents types de défauts de communication.)

**Tableau B.10.1.**

**Types de défaut de communication associés aux soins : exemples et remarques**

Type de défaut	Définition	Exemple et analyse ( <i>en italique</i> )
<b>Occasion</b>	Problèmes relatifs à la situation ou au contexte de communication	Le chirurgien demande à l'anesthésiste si l'antibioprophylaxie a été administrée. A ce moment-là, l'intervention a commencé depuis plus d'une heure. <i>Sachant que la période optimale d'administration de l'antibioprophylaxie doit précéder l'incision d'environ 30 minutes, cette demande intervient au mauvais moment et est inefficace, qu'il s'agisse d'un rappel ou d'une mesure de sécurité redondante.</i>
<b>Contenu</b>	Constat d'un manque d'informations ou d'imprécisions dans les informations transmises	Alors que la procédure est sur le point d'être engagée, l'interne en anesthésie demande au chirurgien si un lit a été réservé pour le patient dans l'unité de soins intensifs. Le chirurgien répond qu'« un lit n'est probablement pas nécessaire et [qu']il n'y en a probablement pas de disponible de toute façon, donc continuons ». <i>Les informations pertinentes ne sont pas fournies et les questions restent sans réponse : un lit a-t-il été demandé en unité de soins intensifs et que fera-t-on si le patient a besoin de soins intensifs et si aucun lit n'est libre dans l'unité ? (Remarque : cet exemple a été classé comme un problème à la fois dans son contenu et son objectif.)</i>
<b>Public</b>	Lacunes dans la composition du groupe engagé dans la communication	Les infirmier(ères) et l'anesthésiste parlent du positionnement du patient pour l'intervention sans qu'un chirurgien soit présent. <i>Les chirurgiens ayant des besoins particuliers quant au positionnement du patient, ils devraient participer à cette discussion. Un repositionnement peut s'avérer nécessaire lorsque des décisions sont prises en l'absence du chirurgien.</i>
<b>But</b>	Communication dont le but n'est pas clair, n'est pas atteint ou est inapproprié	Pendant la résection du foie d'un donneur vivant, deux infirmières se demandent si de la glace est nécessaire dans le conteneur qu'elles préparent pour le foie. Aucune d'entre elles ne sait. La discussion en reste là. <i>Le but de cette communication, –c'est-à-dire de savoir si de la glace est nécessaire,– n'est pas atteint. Aucun plan n'est défini pour l'atteindre.</i>

Source : Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 [7].

**Procédures de contrôle pour améliorer les soins chirurgicaux : recommandations, protocoles et check-lists**



La mise en œuvre de check-lists, de protocoles et de recommandations fondés sur les preuves figurent parmi les méthodes efficaces pour améliorer les soins des patients. Bien que ces trois outils aident les professionnels de santé à prendre en charge la plupart des problèmes de santé, il existe des différences subtiles entre eux. Une recommandation fournit des préconisations sur un sujet donné, tandis qu'un protocole décrit les étapes successives devant être suivies dans un ordre précis afin de réaliser la tâche prévue. Une check-list vise à assurer qu'aucun

élément obligatoire n'est oublié. Ces outils fondés sur les preuves sont souvent élaborés par des groupes d'experts multidisciplinaires d'après les dernières données disponibles et ils peuvent être approuvés au niveau national ou international.

De bonnes recommandations se diffusent facilement et sont conçues pour influencer la pratique professionnelle à grande échelle. Les recommandations efficaces ont un certain nombre de caractéristiques en commun. Elles définissent les questions les plus importantes relatives à la pratique dans un domaine donné et cherchent à identifier toutes les options de décisions possibles et les



conséquences connues de ces décisions. Elles identifient chaque point de décision ainsi que l'enchaînement des actions d'après le raisonnement, le jugement et l'expérience des professionnels de santé. Elles reposent sur des valeurs encourageant l'identification de l'intervention la moins invasive/risquée qui soit adaptée aux circonstances et qui respecte le choix du patient lorsqu'il existe plusieurs possibilités (en d'autres termes, le patient est un partenaire dans le processus de prise de décision). Les recommandations devraient être revues et révisées aussi souvent que nécessaire, ou au moins tous les trois ans.

La variabilité des pratiques en soins de santé a été identifiée comme un problème majeur par l'Institute of Medicine (IOM) [8]. La variabilité due à une utilisation excessive, insuffisante ou mauvaise des soins de santé peut être résolue par la pratique fondée sur les preuves qui se base sur les meilleures données disponibles en vue d'atténuer les différences et de réduire les risques pour les patients. Les professionnels de santé qui exercent dans les hôpitaux et les centres de soins n'ont pas le temps, les ressources ni l'expertise requises pour formuler chacun leurs propres séries de recommandations. En revanche, les cliniciens sont encouragés à adopter les recommandations déjà établies puis à les modifier pour les adapter à leur propre pratique et à leur environnement local.

Les recommandations sont nécessaires car la complexité des soins de santé et le niveau de spécialisation ainsi que le grand nombre de professionnels de santé impliqués ont rendu les opinions personnelles ou les préférences subjectives des organisations dangereuses. Il existe aujourd'hui plusieurs centaines de recommandations validées destinées à aider les professionnels de la santé à adopter une pratique plus sûre, à éviter les erreurs de site, de procédure et de personne, ainsi que les infections du site opératoire.

On ne parle pas toujours aux étudiants des recommandations utilisées dans un domaine de soins donné. Ils devraient toutefois savoir qu'il existe, dans de nombreux domaines de pratique, et notamment ceux associés à la prise en charge des maladies chroniques, des recommandations établies identifiant le(s) meilleure(s) façon(s) de traiter les patients. L'équipe qui doit les utiliser n'a pas toujours accès aux recommandations et même, ne les connaît pas forcément. Il n'est pas rare qu'une organisation de soins de santé publie des recommandations sans toutefois s'assurer que tout le monde en ait connaissance. Parfois, noyés sous le poids des nombreuses recommandations qu'ils ont à suivre, certains s'en désintéressent et n'en voient plus l'intérêt ni la portée. Sensibiliser les étudiants à l'importance d'utiliser les bonnes recommandations est une première étape pour les inciter à poser des

questions sur ces dernières et à les suivre. Les recommandations les plus efficaces tiennent compte de l'environnement local et du profil des patients, et leurs préconisations peuvent être facilement adaptées au lieu de travail local. Il existe des recommandations fondées sur les preuves pour la plupart des procédures impliquant des risques importants, comme l'utilisation de produits sanguins sûrs. Ne pas utiliser de produits sanguins sûrs ou ne pas vérifier si le patient reçoit le bon groupe sanguin peut s'avérer catastrophique pour le patient.

Des soins sûrs nécessitent que tous les membres de l'équipe sachent ce que l'on attend d'eux lorsqu'ils doivent mettre en œuvre des recommandations. Les recommandations, protocoles ou check-lists doivent être accessibles. (Sont-ils sur papier ou en ligne ?) Ils doivent aussi être applicables au lieu de travail où ils seront utilisés. (Tiennent-ils compte des différences de ressources et des professionnels de santé disponibles ?) Pour qu'un outil soit efficace, le personnel doit le connaître, lui faire confiance, y avoir accès facilement et être capable de le mettre en œuvre.

Pour différentes raisons liées aux ressources, conditions locales et types de patients, certaines étapes d'une procédure de contrôle peuvent s'avérer peu commodes ou inappropriées dans une situation donnée. Dans ce cas, l'équipe multidisciplinaire peut être amenée à adapter l'outil à l'environnement ou aux circonstances. Tout le monde doit alors connaître les modifications afin de pouvoir les appliquer.

Si un outil n'est pas suivi de manière cohérente par toute l'équipe ou si certaines personnes sautent systématiquement des étapes, il ne protégera pas les patients des événements indésirables. Il est important que tous, y compris les étudiants, s'y conforment. L'engagement du responsable et de l'équipe dans son ensemble est nécessaire pour garantir la mise en œuvre efficace de recommandations, d'un protocole ou d'une check-list.

Certains cliniciens peuvent s'interroger sur la valeur d'une procédure de contrôle, notamment lorsqu'ils pensent que leur autonomie professionnelle est menacée ou remise en cause. Ils peuvent aussi avoir le sentiment de perdre leur propre pouvoir discrétionnaire lorsqu'une approche d'équipe est adoptée. Il est absolument nécessaire de partager les connaissances et les informations et d'être ouvert aux remarques des autres membres de l'équipe pour assurer la bonne continuité des soins, une prise de décision sûre et obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients.

Une étude révolutionnaire sur les effets d'une check-list opératoire simple a été réalisée dans huit pays en 2007/2008. Elle a fait état d'une diminution de plus d'un tiers des décès et des complications postopératoires lorsque la check-list était utilisée,

indépendamment des ressources disponibles [9]. La réussite des check-lists réside essentiellement dans l'amélioration de la communication en vue de garantir que la bonne personne bénéficie de la bonne procédure au bon endroit et que la procédure est pratiquée par la bonne équipe soignante.

Une brève analyse des processus intervenant en chirurgie suffit à constater que lors de nombreuses étapes, notamment pour le consentement ou le marquage et/ou pour l'identification des bons médicaments et du matériel à utiliser, les acteurs concernés doivent se rencontrer et s'entretenir de vive voix. L'équipe opératoire –(chirurgiens, assistants, anesthésistes, infirmier(ères) aide-opérateurs, infirmier(ère)s circulant(e)s, infirmier(ère)s anesthésistes, sage-femmes, le cas échéant) et les autres personnes présentes dans la salle d'opération doivent toutes savoir quelle est la nature de la procédure prévue, de sorte que chacun connaisse le plan thérapeutique, les attentes des différents

membres de l'équipe et les résultats escomptés pour le patient. C'est pourquoi des « pauses » programmées ayant lieu dans la salle d'opération où la procédure sera pratiquée juste avant le début de celle-ci font partie intégrante de la check-list opératoire [6].

Pour une chirurgie sûre, chaque membre de l'équipe chirurgicale doit connaître le(s) principal(aux) protocole(s) ou check-list(s) utilisés dans un domaine de pratique. Si aucune procédure de contrôle n'est en place, un membre pourrait, lors d'une réunion d'équipe, lancer une discussion sur la possibilité d'utiliser un protocole ou une check-list.

Il est communément admis que la meilleure approche pour limiter les erreurs d'identification des patients consiste à mettre en œuvre les outils de meilleures pratiques visant à garantir que le bon patient reçoit le bon traitement. Plusieurs protocoles et check-lists ont été élaborés pour répondre à cette problématique.

### Encadré B.10.1 OMS : Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies

Dix objectifs essentiels pour une chirurgie plus sûre	
<b>Objectif 1 :</b>	L'équipe opérera le bon patient au bon endroit.
<b>Objectif 2 :</b>	L'équipe aura recours à des méthodes connues pour prévenir les dommages liés à l'administration d'anesthésiques, tout en protégeant le patient de la douleur.
<b>Objectif 3 :</b>	L'équipe sera prête à faire face à une perte de la fonction respiratoire susceptible de mettre en danger la vie du patient.
<b>Objectif 4 :</b>	L'équipe sera prête à faire face au risque d'une hémorragie massive.
<b>Objectif 5 :</b>	L'équipe évitera d'induire une allergie ou un effet indésirable lié à des médicaments connus pour présenter un risque significatif pour le patient.
<b>Objectif 6 :</b>	L'équipe utilisera de manière conséquente des méthodes connues pour minimiser le risque d'infection du site chirurgical.
<b>Objectif 7 :</b>	L'équipe fera en sorte qu'aucune compresse ou instrument ne soit oublié par erreur dans le site opératoire.
<b>Objectif 8 :</b>	L'équipe mettra en sécurité et identifiera avec précision tous les prélèvements chirurgicaux.
<b>Objectif 9 :</b>	L'équipe communiquera de manière efficace et échangera les informations importantes pour effectuer l'intervention en toute sécurité.
<b>Objectif 10 :</b>	Les hôpitaux et les systèmes de santé publique établiront une surveillance de routine de la capacité, du volume et des résultats chirurgicaux.

Source : WHO Guidelines for Safe Surgery, 2009 [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html) [10].

**Figure B.10.1. OMS : Check-list de la sécurité chirurgicale, adaptée en France par la HAS [6]**

<div> <div> <b>Check-list de la sécurité chirurgicale</b> </div> </div> <div> Organisation mondiale de la Santé </div>		
<b>Avant l'induction de l'anesthésie</b> → <small>(avec au moins l'infirmier(ière) et l'anesthésiste)</small>	<b>Avant incision de la peau</b> → <small>(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)</small>	<b>Avant que le patient ne quitte la salle d'opération</b> <small>(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)</small>
<p>Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)	<b>L'infirmier(ère) confirme oralement :</b>
<p>Le site de l'intervention est-il marqué ?</p> <input type="checkbox"/> Oui Sans objet	<input type="checkbox"/> Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision.	<input type="checkbox"/> Le type d'intervention
<p>Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<p>Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<input type="checkbox"/> Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
<p>L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?</p> <input type="checkbox"/> Oui	<p>Anticipation d'événements critiques</p> <b>Pour le chirurgien :</b>	<input type="checkbox"/> Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
<p>Le patient présente-t-il : une allergie connue ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?	<b>Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)</b>
<p>Un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles	<input type="checkbox"/> Quelle sera la durée de l'intervention ?	<input type="checkbox"/> Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?
<p>Un risque de perte sanguine &gt; 500 ml (ou 7 ml/kg en pédiatrie) ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus	<input type="checkbox"/> Quelle est la perte sanguine anticipée ?	
	<b>Pour l'anesthésiste :</b>	
	<input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ?	
	<b>Pour l'équipe infirmière :</b>	
	<input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?	
	<input type="checkbox"/> Y a-t-il des problèmes matériels ou autres inquiétudes ?	
	<b>Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?</b>	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont encouragées.

Révisé 1/2009 ©OMS, 2009

Source : OMS. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies, 2006 <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/> [6].

« Check-list de la HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire)

## Ce que les étudiants ont besoin de faire

### Suivre une procédure de contrôle pour éliminer les incidents liés au mauvais patient, au mauvais site et à la mauvaise procédure

Les étudiants de certaines filières auront l'occasion d'entrer en salles d'opération et d'observer comment les équipes opératoires travaillent ensemble. Ils verront aussi comment l'équipe gère les procédures avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Lors d'un stage en chirurgie ou d'une autre période appropriée,

les étudiants devraient :

- identifier les principaux protocoles et check-lists utilisés dans une unité de chirurgie ou de soins donnée ;
- échanger et vérifier les informations avec le patient ou son soignant ;
- comprendre comment les protocoles/check-lists en vigueur ont été élaborés et savoir s'ils sont conformes aux pratiques fondées sur les preuves ;
- comprendre pourquoi le protocole/la check-list est nécessaire ;



- être capables d'identifier les différentes étapes de la procédure de contrôle, et notamment de choisir le bon patient, le bon site et la bonne procédure ;
- être capables d'identifier les différentes étapes de la check-list de sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS ;
- connaître le rôle de tous les membres de l'équipe ;
- identifier comment les conflits sont résolus au sein de l'équipe. (Voir Module 4).



#### Mettre en pratique les techniques de salle d'opération visant à réduire les risques et les erreurs (temps de pauses, briefings, débriefings, expression des préoccupations).



Le Module 4 présente une analyse détaillée de la façon dont les équipes efficaces travaillent ensemble et des actions pouvant être prises par les membres de l'équipe pour contribuer efficacement à améliorer les performances et la sécurité. Dans l'environnement chirurgical, il existe plusieurs attributs et actions connus pour améliorer le travail en équipe. Si les étudiants ne sont pas en mesure de participer directement aux activités de l'équipe, ils peuvent tout au moins observer le fonctionnement de cette dernière. Les étudiants devraient chercher activement à s'intégrer dans l'équipe, en demandant par exemple respectueusement à son responsable s'ils peuvent en faire partie même s'ils n'occupent pas de fonction ou de rôle particulier. Être inclus leur permet de mieux voir et entendre comment les membres de l'équipe communiquent les uns avec les autres. Si possible, les étudiants devraient prendre part aux briefings et débriefings de l'équipe. Au cours de ces réunions, ils devraient observer et noter comment les professionnels de santé participent aux procédures conçues pour assurer la sécurité du patient. Par exemple, utilisent-ils des check-lists ?

Les étudiants devraient évaluer leurs propres contributions aux discussions de l'équipe concernant l'état du patient, et portant notamment sur son identité, le site opératoire, l'état de santé du patient et les soins post-opératoires.

Ils ont besoin d'apprendre comment partager efficacement de l'information. Il est très important que toutes les informations relatives à l'évaluation et au traitement du patient soient partagées verbalement avec tous les membres de l'équipe soignante. Les étudiants devraient connaître les principales caractéristiques de la procédure et de la prise en charge prévue du patient, et les protocoles appropriés.

Ils ne devraient pas hésiter à poser des questions aux membres de l'équipe, de manière appropriée et respectueuse, en temps opportun. Ils devraient participer aux réunions de briefing destinées à passer en revue la procédure prévue et saisir cette occasion pour poser des questions. Si l'étudiant estime que quelque chose ne va pas, il devrait en informer un référent ou superviseur au moment même.

Il est important que les étudiants apprennent à parler suffisamment fort et à s'affirmer de manière appropriée. Ils devraient être capables d'exprimer leur opinion ou de demander l'avis d'un membre de l'équipe en n'hésitant pas à poser des questions ou à dire ce qu'ils pensent lors des moments cruciaux. Les étudiants devraient comprendre que *ce n'est pas « s'affirmer »* que d'avoir des échanges ou poser des questions sur le rythme et la tonicité cardiaques du patient, sa coloration, et sa respiration : ces sujets relèvent de l'information partagée et des interrogations usuelles. Ils devraient apprendre comment « se faire entendre par la chaîne hiérarchique » lorsqu'ils deviennent des professionnels, surtout s'il y a un risque de nuisance pour le patient en raison d'une erreur potentielle. Ainsi, un(e) infirmier(ère) peut être intimidé(e) à l'idée de rappeler au chirurgien de vérifier quelque chose (par exemple de vérifier si l'intervention programmée est effectivement celle qu'on pratique sur le bon patient). Si le chirurgien ne tient pas compte du rappel de l'infirmier(ère), l'établissement de soins devrait soutenir cette dernière dans sa démarche pour se faire entendre par la chaîne hiérarchique.

Les étudiants devraient s'exercer à partager des informations sur les intentions avec les membres de l'équipe et chercher à obtenir des commentaires avant de s'écarter de la norme. Cette initiative est importante car elle alerte le reste de l'équipe qu'une action sortant du cadre de la pratique habituelle est prévue.

Les étudiants devraient prendre conscience que l'enseignement fait partie intégrante des soins chirurgicaux. L'enseignement peut revêtir différentes formes –échanges d'informations brefs et informels ou comporter un apprentissage pratique dirigé . Les étudiants devraient être prêts à apprendre de chacun des membres de l'équipe. Il devraient également apprécier le fait que les tâches sont réparties entre les membres de l'équipe en fonction de leur expertise professionnelle et de leur niveau de connaissances et de compétences.

#### Participer à un processus pédagogique de revue de mortalité et morbidité



Les étudiants en santé devraient demander à leur établissement de soins s'il existe un système de retour d'expérience (REX) avec examen des cas par les pairs pour tirer des enseignements et les partager. Bon nombre d'hôpitaux organisent des réunions d'examen des dossiers chirurgicaux souvent appelées *revues de mortalité et morbidité*. Ce sont des forums de discussion formalisés destinés à l'analyse des incidents et des cas difficiles ; ils constituent la principale méthode d'analyse entre pairs pour l'amélioration des soins des patients à venir. Ces réunions confidentielles sont destinées à passer en revue les complications chirurgicales et sont nécessaires pour améliorer la pratique dans le service de chirurgie. Elles peuvent se tenir chaque semaine, tous les quinze jours ou chaque

mois et sont l'occasion de tirer les enseignements des erreurs en chirurgie. La sécurité des patients étant une discipline relativement nouvelle, la plupart de ces réunions doivent encore adopter une approche systémique non culpabilisante pour aborder les erreurs. Certaines restent focalisées sur la personne ayant commis l'erreur et utilisent une approche punitive pour discuter des événements indésirables. Lorsqu'elles adoptent une approche culpabilisante pour examiner les erreurs, elles sont souvent fermées aux autres membres de l'équipe opératoire, comme les médecins assistants, les infirmier(ère)s, les techniciens et les étudiants, et n'incluent que des chirurgiens.

Hormis l'élément de culpabilisation potentiel, les revues de mortalité et morbidité sont le lieu idéal pour tirer les enseignements des erreurs et discuter des moyens de les prévenir à l'avenir. Les étudiants devraient découvrir si l'établissement de soins dans lequel ils sont en formation organise ce type de réunion et demander au professionnel encadrant concerné s'ils peuvent y assister en qualité d'observateur. Si cela est possible, ils devraient chercher à déterminer si les principes fondamentaux en matière de sécurité des patients suivants sont respectés :

- la réunion est-elle structurée de façon à ce que les problèmes et facteurs sous-jacents associés à l'événement indésirable sont au centre de la discussion, plutôt que les personnes impliquées ?
- l'accent est-il mis sur l'éducation et la compréhension, plutôt que sur la culpabilisation des individus ?
- la discussion a-t-elle pour but de prévenir la survenue d'événements similaires à l'avenir ? Cela nécessite d'examiner l'événement en temps opportun, lorsque les souvenirs sont encore frais dans la mémoire ;
- ces réunions sont-elles considérées comme une activité essentielle pour l'ensemble de l'équipe opératoire, y compris les techniciens et cadres, et les cliniciens (médecins, infirmier(ère)s, pharmaciens, aides-soignants) ?
- toutes les personnes impliquées dans l'incident/le domaine ont-elles la possibilité d'assister à ces réunions ?
- les membres de l'équipe comptant le moins d'ancienneté, y compris les étudiants, sont-ils encouragés à y assister et à participer ? Ces séances offrent aux étudiants une excellente occasion d'en apprendre davantage sur les erreurs et les processus visant à améliorer certains traitements et procédures ;
- tous les décès impliquant une intervention chirurgicale dans l'établissement sont-ils identifiés et analysés ?
- les débats font-ils l'objet d'un résumé écrit, incluant les recommandations formulées pour améliorer ou réviser les pratiques actuelles ?

## Résumé

Ce module met en lumière l'importance des recommandations pour réduire les erreurs et minimiser

les événements indésirables. Mais celles-ci ne sont utiles que si les personnes à qui elles s'adressent leur font confiance et comprennent en quoi leur respect améliorera les soins des patients. Les protocoles peuvent permettre d'éviter l'erreur de patient ou de traitement, et faciliter une meilleure communication entre les membres de l'équipe et avec le patient.

## Stratégies et formats d'enseignement

### Exposé interactif/didactique



Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de convertir les diapositives pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur. Commencez la session par l'une des études de cas et demandez aux étudiants d'identifier plusieurs problématiques présentées dans ce cas.

### Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels de santé du domaine concerné à décrire leurs efforts afin d'améliorer la sécurité des patients et à débattre de leurs rôles et responsabilités. Cela peut aider les étudiants à apprécier le rôle du travail en équipe dans les procédures. Les étudiants peuvent également préparer à l'avance une liste de questions sur la prévention et la prise en charge des événements indésirables. Prévoyez du temps pour leurs questions.

### Discussion en petits groupes



La classe peut être divisée en petits groupes et trois étudiants de chaque groupe peuvent être désignés pour débattre d'une catégorie d'événements indésirables associés aux procédures. Un autre étudiant peut se concentrer sur les outils et techniques disponibles pour minimiser les risques d'erreurs et un autre encore pourrait examiner le rôle des revues de mortalité et morbidité. Organiser ces sessions avec des étudiants de différentes disciplines ajoute une perspective importante de réalité et aide chaque profession à comprendre et respecter les autres.

Le contenu de la session doit être familier à son animateur afin qu'il puisse y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

### Exercices de simulation



Différents scénarios peuvent être imaginés concernant les événements indésirables dans certains traitements et procédures (le mauvais patient recevant le traitement, une mauvaise voie d'administration proposée pour un médicament, par exemple) et les techniques pour minimiser le risque d'erreurs. Ces simulations pourraient être axées principalement sur la communication entre un membre du personnel moins expérimenté et un professionnel aguerri, entre un aide-soignant ou un(e) infirmier(ère) et un médecin pour alerter d'un incident ou entre un pharmacien et un médecin ou un(e) infirmier(ère) chef. Divers scénarios pourraient être élaborés pour les

étudiants. Ils pourraient s'exercer au briefing, au débriefing, à s'affirmer afin d'améliorer la communication en salle d'opération en utilisant un système formalisé pour transmettre les informations pertinentes sur le patient (système australien ISBAR [identité, situation, contexte, évaluation et recommandations]), par exemple) dans les situations urgentes, comme les transferts. Le jeu de rôle constitue aussi un outil utile. Les étudiants pourraient simuler une revue de mortalité et morbidité en utilisant une approche culpabilisante puis une approche systémique, ou encore une situation en salle d'opération où un étudiant remarque que quelque chose ne va pas et doit se faire entendre.

### Activités dans les services et en salle d'opération

Les occasions ne manquent pas d'intégrer des activités liées à ce module dans le cadre des observations de procédures par les étudiants. Cela intervient souvent dans la dernière partie de leur cursus de formation. Cependant, il n'y a aucune raison pour qu'ils ne puissent pas être exposés à ces activités dès leur première année d'études. Les étudiants pourraient :

- assister à une procédure et observer et noter les mesures prises par l'équipe pour vérifier que le patient opéré ou chez qui la procédure est pratiquée est bien le bon et que la bonne procédure est réalisée au bon moment ;
- observer une équipe de chirurgie ou chargée d'une procédure et chercher à identifier les membres de l'équipe, leur mode de fonctionnement et comment ils interagissent les uns avec les autres et avec le patient ;
- assister à une revue de mortalité et morbidité et rédiger un bref rapport décrivant si les principes de base en matière de sécurité des patients ont été appliqués pendant la réunion, en adoptant une approche systémique plutôt qu'une approche culpabilisante ;
- suivre un patient tout au long du processus périopératoire et observer les activités ou tâches axées sur la sécurité du patient ;
- examiner et critiquer le protocole/la check-list utilisé(e) comme procédure de contrôle du patient, en incluant des observations sur la connaissance et le respect du protocole/de la check-list au sein de l'équipe ;
- observer comment les informations relatives aux patients sont communiquées des autres services de soins vers les salles d'opération puis inversement.

Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou professionnel de santé de ce qu'ils ont observé, d'examiner si les caractéristiques ou techniques à observer étaient présentes ou non, et si elles se sont avérées efficaces. Former un groupe interdisciplinaire d'étudiants présente l'avantage supplémentaire de leur permettre de mieux connaître le rôle des différentes professions et d'apprendre à respecter chacune d'elles.

## Études de cas

### Une intervention de routine qui a abouti à un événement indésirable

*Ce cas témoigne des risques de l'anesthésie.*

Une chirurgie des sinus non urgente sous anesthésie générale a été programmée chez une femme de 37 ans en bonne santé. L'anesthésiste avait 16 ans d'expérience, le chirurgien ORL 30 ans d'expérience, et trois des quatre infirmières de bloc opératoire étaient également très expérimentées. La salle d'opération était très bien équipée.

L'anesthésie a été induite à 08h35, mais il a été impossible d'insérer le masque laryngé. Deux minutes plus tard, l'oxygénation de la patiente a commencé à se détériorer et elle semblait cyanosée (elle devenait bleue). Sa saturation en oxygène était alors à 75 % (la saturation est considérée comme faible dès lors qu'elle est inférieure à 90 %) et son rythme cardiaque s'était accéléré.

A 08h39, sa saturation en oxygène avait baissé à 40 % (un niveau très bas). Les tentatives visant à ventiler les poumons avec 100 % d'oxygène au moyen d'un masque facial et d'une sonde endotrachéale insérée par la bouche se sont avérées extrêmement difficiles. L'anesthésiste, rejoint par un confrère, a essayé vainement de pratiquer une intubation trachéale afin de surmonter les problèmes de ventilation. A 08h45, on ne disposait toujours pas d'accès aux voies aériennes et la situation était désormais la suivante : « intubation impossible, ventilation impossible », une urgence reconnue en anesthésie, pour laquelle il existe des recommandations. Les infirmières présentes semblaient avoir pris conscience de la gravité de la situation ; l'une d'entre elles a apporté un plateau de trachéotomie tandis qu'une autre a pris les dispositions nécessaires pour réserver un lit en unité de soins intensifs.

Les médecins ont poursuivi leurs tentatives avec plusieurs laryngoscopes différents, mais aucune n'a abouti et l'intervention a été abandonnée ; la patiente a été transférée en salle de réveil. Sa saturation en oxygène était restée inférieure à 40 % pendant 20 minutes. Bien qu'elle ait ensuite été transférée en unité de soins intensifs, elle n'a jamais repris connaissance et est décédée 13 jours plus tard à cause de lésions cérébrales sévères.

### Questions

- Quelles techniques pourraient être à la disposition de l'équipe avant l'induction d'une anesthésie générale chez un patient ?
- Quels sont les avantages des check-lists ?

Source : Bromiley M. Have you ever made a mistake? Bulletin of the Royal College of Anaesthetists, 2008,

48:2442–2445. DVD disponible sur le site Web du Clinical Human Factors Group ([www.chfg.org](http://www.chfg.org); consulté le 21 février 2011).

### **Ablation d'un rein sain malgré la mise en garde d'un étudiant**

*Ce cas montre combien il est important d'utiliser un protocole pour vérifier que la bonne procédure est pratiquée au bon endroit chez le bon patient. Il souligne également le caractère essentiel du principe de « se faire entendre par la chaîne hiérarchique ». Il doit être admis qu'en matière de sécurité, chaque membre de l'équipe compte, y compris les étudiants.*

Un patient âgé de 69 ans a été admis pour se faire retirer le rein droit (néphrectomie) atteint d'une maladie chronique. Suite à une erreur administrative, la feuille d'admission mentionnait le côté « gauche ». La liste de bloc a été retranscrite d'après les feuilles d'admission. Le patient n'a pas été réveillé pour vérifier s'il s'agissait du bon côté lors de la visite préopératoire. Le côté n'a pas été vérifié dans le dossier médical ni sur le formulaire de consentement. L'erreur a été aggravée dans la salle d'opération lorsque le patient a été positionné pour une néphrectomie gauche et que le chirurgien a affiché les radiographies, pourtant correctement marquées, à l'envers sur le moniteur. Le chirurgien assistant a commencé à retirer le rein gauche.

Un étudiant en médecine qui observait l'intervention a dit au chirurgien qu'il pensait qu'il était en train de retirer le mauvais rein, mais ce dernier a ignoré la remarque. La faute n'a été découverte que deux heures après l'intervention alors que le patient n'avait pas encore produit d'urine. Il est décédé plus tard.

#### **Questions**

- Identifiez les occasions de vérifier le site chirurgical.
- D'après vous, pourquoi le chirurgien a-t-il ignoré l'étudiant en médecine ?
- Débattez : les actions du chirurgien constituent-elles une violation ou s'agit-il d'une erreur systémique ?

Source : Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. *British Medical Journal*, 2004, 328, 246.

### **Administration de l'antibioprophylaxie préopératoire en dehors de la plage prévue par le protocole**

*Ce cas illustre l'importance de la planification à l'avance et du contrôle avant une procédure et montre comment l'utilisation de protocoles peut minimiser le risque d'infection.*

Un anesthésiste et un chirurgien parlaient des antibiotiques préopératoires nécessaires pour la cholécystectomie laparoscopique sur le point de commencer. L'anesthésiste a informé le chirurgien de l'allergie à la pénicilline du patient et le chirurgien a

suggéré d'autres antibiotiques préopératoires. L'anesthésiste s'est rendu dans le couloir stérile pour récupérer les antibiotiques mais est revenu et a expliqué à l'infirmière panseuse qu'il n'y avait pas trouvé d'antibiotiques adaptés. L'infirmière panseuse a demandé les antibiotiques préopératoires par téléphone. L'anesthésiste a expliqué qu'il n'a pas pu les commander car il n'y avait pas de formulaire de commande (il avait regardé dans un classeur de formulaires). L'infirmière panseuse a confirmé que les antibiotiques demandés étaient en chemin.

L'incision chirurgicale a été pratiquée. Six minutes plus tard, les antibiotiques sont arrivés en salle d'opération et ont été injectés immédiatement au patient. Cette injection a été pratiquée après l'incision, ce qui est contraire au protocole selon lequel les antibiotiques doivent être administrés avant l'incision chirurgicale afin d'éviter les infections du site opératoire. Par la suite, une infirmière a soulevé la question, ce qui a conduit à une modification de la planification opératoire.

#### **Questions**

- Quels facteurs ont pu contribuer au retard d'administration des antibiotiques ?
- Que pourrait faire l'équipe pour éviter que cela ne se reproduise ?

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

### **Cas d'extraction chirurgicale d'une dent et d'un kyste du mauvais côté**

*Ce cas montre comment une intervention pratiquée du mauvais côté sans la supervision d'un interne sénior ou d'un stomatologue a entraîné douleurs et anxiété pour la patiente.*

Une femme de 38 ans présentant des problèmes de longue date d'infection de la gencive autour de sa troisième molaire et des douleurs associées du côté gauche a consulté son médecin généraliste. La douleur s'accompagnait d'un écoulement de goût salé provenant du site infectieux. L'imagerie a révélé une dent cariée, incluse horizontalement et un kyste.

La patiente a été orientée vers un stomatologue qui a recommandé l'extraction chirurgicale de la dent incluse et du kyste sous anesthésie générale. Le jour de l'intervention, le stomatologue a discuté de la procédure avec les internes en chirurgie dentaire, l'un débutant et l'autre plus expérimenté. Les chirurgiens ne savaient pas que les radiographies n'avaient pas été lues correctement, mais à l'envers.

L'interne en chirurgie débutant a commencé à inciser du côté droit sans consulter le dossier médical. A ce moment-là, le chirurgien a quitté la salle et l'interne

en chirurgie expérimenté a été appelé pour une urgence. L'interne débutant a continué à retirer un lambeau et a extrait la dent du côté droit. Il était en train d'essayer de localiser le kyste à retirer lorsque le stomatologue est revenu et a constaté qu'il opérait du mauvais côté sans supervision.

L'interne débutant et le stomatologue ont refermé la plaie du côté droit puis ont incisé et extrait la dent et le kyste du côté gauche.

Immédiatement après l'intervention, la patiente s'est plainte de douleurs du côté droit de la bouche. Le stomatologue lui a expliqué qu'ils avaient séparé le tissu de l'os du côté gauche mais aussi du côté droit. Elle a demandé si ses nouveaux symptômes sont liés à l'opération. Le stomatologue a minimisé cette possibilité. La patiente a consulté le stomatologue à deux reprises après l'intervention pour sa douleur postopératoire, mais n'a pas été satisfaite de la réponse obtenue.

Elle a demandé un dédommagement, arguant que le stomatologue et les deux internes avaient mal fait leur travail pendant l'intervention.

#### Questions

- Quels étaient les facteurs sous-jacents à cette erreur, et comment aurait-elle pu être évitée ?
- Quelles pourraient être les conséquences, pour la patiente et pour le chirurgien, de ne pas parler ouvertement de l'erreur et de la cause de sa douleur ?

---

Source : Ce cas a été fourni par Shan Ellahi, consultant pour la sécurité des patients du service de santé de la commune d'Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, RU.

#### Communication concernant l'oxytocine

*Ce cas met en lumière les problèmes de communication et la nécessité de procédures pour administrer en toute sécurité un médicament potentiellement dangereux.*

Une sage-femme supervisait une étudiante sage-femme lors de la suture d'une déchirure de second degré après un accouchement. Une infirmière est entrée dans la salle pour demander à la sage-femme si elle pouvait augmenter l'oxytocine chez une autre patiente, Mme M, car ses contractions utérines, bien qu'espacées de deux à trois minutes, ne semblaient pas très efficaces ; son col était dilaté à 4 cm depuis trois heures. L'infirmière a indiqué que le débit de perfusion d'oxytocine était à 10 mU/min et n'avait pas été augmenté depuis deux heures. La sage-femme a répondu que la proposition semblait raisonnable.

Une fois l'infirmière sortie, l'étudiante sage-femme, inexpérimentée et qui était restée concentrée sur sa suture, a demandé à la sage-femme ce que voulait

l'infirmière. Elle a répondu qu'elle voulait augmenter l'oxytocine de Mme M car l'intensité des contractions était trop faible et la dilatation du col insuffisante. L'étudiante a répondu : « oh, j'ai examiné Mme M juste avant cet accouchement et sa dilatation avait progressé à 6 cm, mais comme j'ai dû me dépêcher pour venir assister à cet accouchement, je n'ai pas eu le temps de l'écrire dans le dossier ». Malgré cela, la sage-femme s'est fiée au jugement de l'infirmière et est restée avec l'étudiante sage-femme jusqu'à ce qu'elle ait terminé la suture et les soins de la patiente.

Lorsqu'elles se sont rendues auprès de Mme M 30 minutes plus tard, un médecin et deux infirmières étaient présents dans la salle et le rythme cardiaque fœtal se situait entre 70 et 80. La sage-femme a regardé la pompe à perfusion et vu qu'elle était réglée sur 20 mU/min, au lieu des 12 mU/min auxquels elle s'attendait. Les mesures visant à augmenter le rythme cardiaque du fœtus se sont avérées inefficaces et une césarienne a été pratiquée en urgence. Le petit garçon est né avec un score d'Apgar de 3 à une minute, 6 à cinq minutes et 8 à dix minutes.

#### Questions

- Quelles erreurs systémiques ont conduit cette femme à avoir une césarienne non nécessaire ?
- L'utilisation systématique d'un protocole incluant une check-list pour l'augmentation de l'oxytocine aurait-elle éliminé nombre de ces erreurs ?
- Si oui, quels éléments clés devraient figurer dans la check-list pour la perfusion d'oxytocine ?

#### Autre ressource

Clark S *et al.* Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 197:480e1-e5.

---

Source : Ce cas a été fourni par Mary Barger, professeur adjoint, département de soins infirmiers de famille, Université de Californie, San Francisco, Californie, États-Unis.



## Outils et ressources documentaires

WHO guidelines for safe surgery 2009. *Safe surgery saves lives*. Geneva, World Health Organization, 2009, OMS  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf); consulté le 21 février 2011).

### Universal protocol for preventing wrong-site, wrong-procedure, wrong-person surgery

Carayon P, Schultz K, Hundt AS. Righting wrong-site surgery. *Journal on Quality & Safety*, 2004, 30:405–10.

### Real life example of how errors can occur in surgical procedures

(<http://www.gapscenter.va.gov/stories/WillieDesc.asp>; consulté le 21 février 2011).

### Correct site surgery tool kit

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)  
(<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit/>; consulté le 21 février 2011).

### Perioperative patient “hand-off” tool kit

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) and the United States Department of Defense Patient Safety Program  
(<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/>; consulté le 21 février 2011).

### Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies

Deuxième défi mondial pour la sécurité des patients  
([http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_fre.pdf?ua=1); consulté le 21 février 2011).

Haynes AB *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491–499.

### Autres ressources

Calland JF *et al.* Systems approach to surgical safety. *Surgical Endoscopy*, 2002, 16:1005–1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Annals of Surgery*, 2006, 244:642–648.

## Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes sont adaptées pour évaluer le niveau de compréhension de ce module par les étudiants, notamment les compte-rendus d'observation, les dissertations sur les erreurs chirurgicales, les dissertations, les QCM, les questions à réponse courte, les discussions sur les cas et l'auto-évaluation. Les étudiants peuvent être encouragés à adopter une approche « portfolio » pour leur apprentissage sur la sécurité des patients. En suivant cette approche, les étudiants disposent en fin de formation d'une collection de toutes les activités qu'ils ont réalisées dans le domaine de la sécurité des patients. Ils peuvent ensuite les mettre à profit dans leur recherche d'emploi et dans leurs futures carrières.

Les connaissances sur les soins liés aux procédures et les nuisances potentielles aux patients, l'utilisation d'une approche systémique pour améliorer les résultats et de techniques visant à minimiser les risques d'erreurs chirurgicales et de procédure peuvent être évaluées avec les méthodes suivantes :

- portfolio ;
- discussions de cas ;
- ECOS - Examen Clinique Objectif Structuré ;
- observations écrites de l'environnement périopératoire et du risque d'erreur.

Plusieurs sujets de dissertation peuvent également être proposés aux étudiants : le bloc opératoire et le rôle du travail en équipe pour minimiser les erreurs, le rôle de la hiérarchie dans la salle d'opération et son effet sur la sécurité des patients, les systèmes en place pour signaler les erreurs chirurgicales, le rôle des patients dans le processus chirurgical, l'efficacité des revues de mortalité et morbidité et/ou les méthodes de communication pouvant contribuer à la sécurité des soins.

Il peut s'agir d'une évaluation en cours d'apprentissage ou d'une évaluation-bilan ; le système de notation peut reposer sur les appréciations satisfaisant/insatisfaisant, ou sur des notes. Voir les formes de notation dans la Partie B, Annexe 2.

## Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et déterminer les améliorations à apporter. Pour un résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

### Références

1. Weiser TG *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139–144.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66–75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.
4. Vincent C *et al.* Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.
5. Leape L *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.
6. *Check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009  
([http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl-checklist\\_french.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl-checklist_french.pdf); consultée le 18 janvier 2010).

Check-list de la HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire  
([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire)).

7. Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.
10. *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009, 10 ([http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html); consultées le 24 mai 2011).

### Diaporama pour le Module 10 : Sécurité des patients et procédures invasives

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'interagir et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Une étude de cas est une façon de lancer une discussion de groupe. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme la culture de culpabilisation, la nature de l'erreur et la façon de gérer les erreurs dans d'autres secteurs d'activités.

Le diaporama du Module 10 a pour objectif d'aider l'enseignant à en transmettre le contenu. Les diapositives peuvent être modifiées et adaptées au contexte et aux habitudes culturelles locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.