

Cours : Solutions pour la sécurité des patients**Module : Sécurité des patients et procédures invasives****Résumé :**

Ce module met en lumière l'importance des protocoles et des check-lists pour réduire les erreurs et minimiser les événements indésirables. Mais ceux-ci ne sont utiles que si les personnes à qui ils s'adressent leur font confiance et comprennent en quoi leur utilisation améliorera les soins aux 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.

Introduction

Plus de 230 millions d'interventions chirurgicales majeures sont réalisées chaque année à travers le monde. D'après les données disponibles, 0,4 à 0,8 % des actes chirurgicaux ont pour conséquence directe le décès du patient, et 3 à 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. Cela ne signifie pas que les chirurgiens et 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.

De nombreux outils validés sont désormais disponibles pour aider les équipes soignantes à fournir des soins chirurgicaux sûrs, parmi lesquels la check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS.

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

- Les raisons habituellement avancées pour expliquer les événements indésirables associés aux actes chirurgicaux sont les compétences de la personne ayant pratiqué la procédure, et l'âge et la condition physique du patient.
- Mais, aujourd'hui, on pense que de nombreux autres facteurs, comme la conception du lieu de travail, le travail en équipe et la culture organisationnelle, ont un impact direct sur les résultats chirurgicaux.

Encadré 2 : cinq faits sur la sécurité chirurgicale

1. Jusqu'à 25 % des patients présentent des complications après une intervention invasive.
2. Le taux brut de mortalité signalée après une intervention chirurgicale majeure est compris entre 0,5 et 5 %.
3. Dans les pays industrialisés, près de la moitié des événements indésirables chez les patients hospitalisés sont liés à des soins chirurgicaux
4. La moitié au moins des cas de dommages consécutifs à une intervention chirurgicale sont considérés comme évitables.
5. Les principes de sécurité chirurgicale connus ne sont pas appliqués uniformément, même dans les établissements les plus sophistiqués.

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

- **Prévention insuffisante des infections associées aux soins** : les infections des plaies chirurgicales constituent la deuxième catégorie d'événements indésirables par ordre d'importance, ce qui confirme la croyance selon laquelle les infections nosocomiales (à staphylocoques, par exemple) constituent un risque majeur pour 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.
- **Prise en charge inadéquate du patient** : la salle d'opération et l'environnement chirurgical sont le lieu d'activités et de processus extrêmement complexes, impliquant du matériel de haute technologie et

l'intervention d'un grand nombre de professionnels de santé différents. 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) qui y contribuent. Ces facteurs latents comprennent :

- la mise en œuvre inadéquate des protocoles ou recommandations ;
- un leadership inadapté et un travail d'équipe déficient ;
- des conflits entre différentes unités/différents groupes ;
- 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 décrits plus haut, les personnes qui travaillent directement sur le lieu des soins périopératoires sont susceptibles de commettre les types d'erreurs suivants, qui constituent des causes connues d'événements indésirables :

- l'absence de mesures de précaution visant à éviter les blessures accidentelles ;
- des retards dans la mise en place d'un traitement ou dans la réalisation d'une procédure ;
- l'absence d'anamnèse ou d'examen clinique adéquats ;
- l'absence de réalisation 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 plus expérimenté ou spécialiste, ne pas transférer un patient) ;
- les défauts de communication (notamment, 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).
- **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 organe, ou encore d'erreurs d'acte thérapeutique. La complexité de l'environnement chirurgical et le fait que les professionnels de santé sont souvent amenés à réaliser de nombreuses tâches simultanées sont les principaux facteurs à l'origine des problèmes de communication

| Types de défauts de communication associés aux soins | | |
|--|---|---|
| Type de défaut | Définition | Exemple et note analytique (en italique) |
| Occasion | Problèmes relatifs à la situation ou au contexte de communication | Le chirurgien demande à l'anesthésiste si l'antibioprophylaxie a été administrée. À 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> |
| Contenu | Communication d'informations insuffisantes ou imprécises | 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> |
| Public | 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> |
| Objectif | 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> |

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

Une procédure de contrôle permet de garantir que la bonne procédure est pratiquée chez le bon patient, du bon côté, sur le bon site et le bon organe. Des méthodes efficaces, telles que les recommandations, protocoles ou check-lists fondés sur les preuves, existent pour aider les professionnels de santé à améliorer la sécurité des soins. Ces **outils fondés sur les preuves** sont souvent élaborés par des groupes d'experts multidisciplinaires d'après les dernières données disponibles.

- Une **recommandation** fournit des préconisations sur un sujet donné. 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.
- Un **protocole** décrit les étapes successives devant être suivies dans un ordre particulier afin de réaliser la tâche prévue.
- Une **check-list** vise à assurer qu'aucun élément obligatoire n'est oublié. Une étude mondiale de l'OMS sur les effets d'une check-list opératoire simple réalisée en 2007-2008 a mis en évidence que, lorsque la check-list était utilisée, les complications postopératoires avaient diminué de plus d'un tiers et les décès de moitié. La check-list vise à donner aux équipes une liste simple et performante de vérifications à réaliser en priorité pour encourager un travail en équipe et des communications

efficaces et par la même tenir compte activement de la sécurité des patients lors de chaque intervention pratiquée. Elle garantit l'uniformité en matière de sécurité des patients et crée une culture dans laquelle cette dernière est valorisée.

La check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS¹, est un outil pratique pouvant être utilisé par toutes les équipes opératoires à travers le monde pour garantir que les étapes opératoires dont le bénéfice pour les patients est avéré sont réalisées au bon moment. Elle suit un cadre préétabli pour des soins peropératoires sûrs en établissement de santé.

Elle implique une séquence systématique d'événements (évaluation préopératoire du patient, intervention chirurgicale et préparation des soins postopératoires appropriés) qui comportent chacun des risques spécifiques qui doivent être réduits. Dans la **phase préopératoire**, l'obtention du consentement éclairé, la confirmation de l'identité du patient, du site chirurgical et de la procédure devant être pratiquée, la vérification de la sécurité du matériel et des produits d'anesthésie et la bonne préparation des événements peropératoires sont autant d'éléments sur lesquels intervenir. Lors de la **phase opératoire**, l'utilisation appropriée et judicieuse d'antibiotiques, la disponibilité des documents d'imagerie essentiels, le monitoring approprié du patient, un travail en équipe efficace, un jugement compétent en matière d'anesthésie et de chirurgie, une technique chirurgicale méticuleuse et une communication efficace entre membres de l'équipe de différentes disciplines (chirurgie, anesthésie et soins infirmiers) sont tous nécessaires pour garantir de bons résultats. Dans la **phase postopératoire** des prescriptions claires, la compréhension des événements peropératoires et l'engagement envers l'amélioration de la qualité peuvent tous contribuer à faire progresser les soins chirurgicaux et ainsi à promouvoir la sécurité des patients et améliorer les résultats.

La check-list de l'OMS ne vise pas à prescrire une approche unique, mais à garantir que les éléments clés en matière de sécurité sont intégrés en routine dans la salle d'opération. Cela optimisera les chances d'obtenir le meilleur résultat possible pour le patient sans exiger des contraintes excessives pour l'organisation et les professionnels de santé. Il est évident que, dans la plupart établissements, la mise en œuvre des bonnes pratiques implique un changement des habitudes. Ces bonnes pratiques ont toutefois été élaborées sur la base de preuves solides ou d'un consensus d'experts selon lesquels elles pourraient produire des améliorations des soins tangibles permettant de sauver des vies dans tous les environnements existants.

La check-list de l'OMS prévoit trois phases, correspondant chacune à un temps précis dans le déroulement normal de la procédure : la période **avant l'induction de l'anesthésie** (temps de pause avant anesthésie), la période avant **avant l'intervention** (temps de pause après l'induction et avant l'incision de la peau), et la période après l'intervention **avant que le patient ne quitte la salle d'opération** (pause avant la sortie de la salle d'opération).

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

| Avant induction de l'anesthésie (avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste) | Avant incision de la peau (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) | Avant que le patient ne quitte la salle d'opération (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) |
|--|---|--|
| <p>Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?</p> <input type="checkbox"/> Oui | <p><input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)</p> | <p>L'infirmier(ère) confirme oralement :</p> <input type="checkbox"/> Le type d'intervention <input type="checkbox"/> Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct <input type="checkbox"/> Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient) <input type="checkbox"/> S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre |
| <p>Le site de l'intervention est-il marqué ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet | <p><input type="checkbox"/> Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision</p> | <p>Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)</p> <input type="checkbox"/> Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ? |
| <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 | |
| <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> <p>Pour le chirurgien :</p> <input type="checkbox"/> Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ? <input type="checkbox"/> Quelle sera la durée de l'intervention ? <input type="checkbox"/> Quelle est la perte sanguine anticipée ? | |
| <p>Le patient présente-t-il :</p> <p>une allergie connue ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <p>Pour l'anesthésiste :</p> <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ? | |
| <p>un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles | <p>Pour l'équipe infirmière :</p> <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? | |
| <p>un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus | <p>Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?</p> <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

Stratégies efficaces en matière de sécurité

- Utiliser des techniques de communication et de travail en équipe dans la salle d'opération qui réduisent les risques et les erreurs :** le cours « Être un membre efficace en équipe » présente une analyse détaillée de la façon dont les équipes efficaces travaillent ensemble et des actions pouvant être réalisées par les membres de l'équipe pour contribuer efficacement à améliorer les performances et la sécurité. Dans l'environnement chirurgical, il existe plusieurs actions et techniques de communication connues pour améliorer le travail en équipe.
- Procédures de revue de mortalité et morbidité :** bon nombre d'hôpitaux organisent des réunions d'examen des dossiers chirurgicaux (les 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 ou les décès et sont nécessaires pour améliorer la pratique dans le service de 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.

© Organisation mondiale de la Santé, 2012. Pour demander l'autorisation de réimprimer cette publication, de la reproduire, d'en utiliser des extraits ou de la traduire, merci de consulter la page <http://www.who.int/about/licensing/en/index.html>