



Le rôle de l'infirmier expert en soins d'anesthésie
lors du *team time out* dans l'Hôpital Intercantonal de
la Broye.

Par Samuel HARY

Diplôme d'expert EPD ES en soins d'anesthésie

Travail présenté à Jacques BERTHOD
Dans le cadre de la formation EPD ES en soins d'anesthésie

Septembre 2017

Déclaration de l'auteur :

« J'atteste avoir rédigé personnellement ce travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles citées dans la liste de références bibliographiques. »

Samuel HARY

REMERCIEMENTS :

Je tiens d'abord à remercier Jacques BERTHOD pour m'avoir conseillé et aiguillé pendant ce travail de diplôme.

Je remercie également Jean-Michel VASSE pour sa disponibilité et son écoute tout au long de ma formation.

Merci à mes collègues, à Tien Vinh HA et Jean-Marie MEYER (praticiens formateurs) pour la transmission des savoirs, les encadrements et les encouragements durant ces deux années.

Merci à Monique et Michel pour les corrections orthographiques et grammaticales.

Enfin, merci à ma famille et en particulier à Coralie, ma compagne, qui a été d'un soutien indispensable et qui s'est si bien occupée de notre fille, Mia, lorsque j'avais besoin d'étudier ou de travailler.

Résumé :

Introduction : Le travail d'équipe au bloc opératoire a été associé à des résultats améliorés pour le patient. Cette collaboration est améliorée grâce au *time team out (TTO)*, un des piliers de la *check-list (CL)* patient. Dans l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB), ce contrôle est parfois incomplètement ou non effectué par le chirurgien. La conséquence est qu'il y a un manquement dans la démarche de qualité et de sécurité. L'infirmier expert en soins d'anesthésie (IESA) est responsable du dossier du patient et détient des informations indispensables. Il est un acteur majeur du contrôle qu'est le *TTO*. La question qui se pose alors est de savoir quel rôle doit jouer l'IESA pour que tous les acteurs participent à ce contrôle ?

Méthode : Une revue de littérature comportant quatre principaux articles va nous aider à répondre à cette question. Les recherches ont été réalisées majoritairement sur la banque de données *Pubmed*. Le but était de mettre en évidence les barrières potentielles à l'application du *TTO* pour chaque profession. Ceci a permis d'en déduire le rôle de l'IESA pour les surmonter et faire participer l'ensemble du personnel.

Résultats : Deux axes de modifications réalisables sont sortis des études. D'abord l'institution a un rôle important à jouer pour que les soignants s'impliquent et se responsabilisent. L'établissement doit soutenir le changement, proposer un format adapté aux soignants, former son personnel et effectuer des mesures régulières de l'application du *TTO*. Ensuite, les mentalités du personnel du bloc opératoire doivent évoluer. La perception de l'importance du *TTO*, la volonté de participation, la vision de la hiérarchie, les problèmes internes de communication, et l'alignement du flux de travail de chacun sont des pistes d'amélioration. Ces résultats ont été mis en lien avec le cadre de référence. Ainsi, une représentation du rôle de l'IESA dans l'implication du personnel lors du *TTO* a pu émerger.

Conclusion : L'IESA possède les compétences pour reconnaître s'il faut agir ou non lorsqu'il sent que la sécurité du patient est menacée. Il a un rôle de meneur tout en sachant communiquer avec diplomatie. Ses responsabilités sont importantes mais limitées. Il dispose de plusieurs aides pour mener à bien sa quête de la sécurité du patient.

Table des matières

Table des matières	5
1.INTRODUCTION.....	6
1.1.Motivations à choisir le thème.....	6
1.2.Questionnement menant à la problématique	7
2.CADRE DE REFERENCE	9
2.1.La sécurité du patient au bloc opératoire.....	9
2.2.La check-list.	12
2.3.L'interdisciplinarité.....	16
2.4.L'organisation.	19
3.METHODE	20
4.RESULTATS DES ETUDES.....	22
5.DISCUSSION	28
5.1. Les modifications potentiellement réalisables au niveau de l'institution selon les études.	28
5.2. Les modifications potentiellement réalisables au niveau du personnel selon les études...	30
5.3. Confrontation des résultats aux hypothèses de départ.....	32
5.4.Limites de la recherche.....	33
5.5.Perspectives	34
5.CONCLUSION	35
6.LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	36
7.ANNEXES	38

1. INTRODUCTION

Nous sommes au mois de Septembre 2017 et j'entame la fin de ma spécialisation d'expert en soins d'anesthésie.

Mon nom est Samuel HARY, je suis un infirmier avec un parcours professionnel effectué essentiellement dans des services de haute technicité. Ayant débuté ma carrière il y a exactement dix ans dans un service de réanimation en France, j'ai constamment navigué entre salle de réveil et soins intensifs médico-chirurgicaux. Les conditions de travail se dégradant avec une charge de travail toujours plus importante et aucun accès à la formation m'ont fait quitter la France pour la Suisse il y a quatre ans. A ce moment, j'ai intégré le service de soins intensifs du HIB où j'ai exercé ma profession pendant deux années jusqu'à ce qu'une opportunité se présente à moi de pouvoir entamer la formation d'expert en soins d'anesthésie. Attiré par cette spécialisation depuis plusieurs années, j'ai sauté sur l'occasion et me voici aujourd'hui en train de rédiger mon travail de fin d'études...

La démarche de trouver un sujet de travail de fin d'études original, intéressant et réalisable n'a pas été aisée. Alors je me suis basé sur mon image de la profession d'IESA avant de débiter la formation et j'ai sélectionné les habitudes qui m'ont été le plus difficile à intégrer pendant ces deux années. Je me suis souvenu que lors de mon entretien pour intégrer ce cursus, j'ai défendu une valeur professionnelle qui est la promotion de la qualité des soins dans le domaine de l'anesthésie et j'ai affirmé que je saurai assurer la sécurité des prestations au patient. En débutant mon activité en anesthésie, je me suis vite aperçu que la qualité des soins pouvait être préteritée par la productivité imposée par la structure et je ne me sentais pas en sécurité optimale lors de la préparation de l'environnement entre les différents patients que j'accueillais. J'ai d'abord commencé à faire des recherches sur ce besoin d'efficience imposé aux infirmiers anesthésistes. Quelques mois plus tard, en ayant acquis un peu plus d'expérience dans le métier, je me suis rendu compte que je me sentais de plus en plus à l'aise lors de l'enchaînement des interventions. Je me suis demandé si finalement je me mettais cette pression moi-même, et qu'avec une meilleure organisation, des connaissances plus importantes et une meilleure maîtrise du *timing* je pouvais être rapide et efficace à la fois. Me sentant plus sécuritaire dans le domaine technique et organisationnel, je me suis vu confronté à d'autres situations où selon moi la sécurité n'était pas optimale, celles-ci ne dépendaient pas de ma volonté. Ces situations concernent l'utilisation et l'application de la *CL* patient.

1.1. Motivations à choisir le thème.

Dans ma pratique, il m'est arrivé à plusieurs reprises de débiter une intervention chirurgicale sans que le chirurgien n'ait effectué le *TTO*, étape à réaliser immédiatement avant l'incision, représentant la deuxième partie de la *CL* patient et qui selon ma propre idée est obligatoire et non négociable. Il n'y a heureusement jamais eu d'erreurs commises auprès des patients que j'avais en charge. Cependant, en exposant cette dysfonction à l'équipe, une infirmière anesthésiste expérimentée m'a raconté que lors d'un *TTO*, elle s'est aperçue que la mauvaise jambe avait été champée et désinfectée pour une arthroscopie du genou. Suite à l'induction du patient, elle était très occupée par l'instabilité hémodynamique de ce dernier. Elle n'a donc pas immédiatement remarqué que le mauvais genou était en train d'être préparé. C'est lors du *TTO* demandé par le chirurgien qu'elle a constaté cette erreur. Elle l'a exprimée à l'ensemble de l'équipe et c'est grâce à son niveau élevé d'attention que l'incident a rapidement été résolu. La bonne jambe a finalement pu être opérée. Le *TTO* a donc fait office d'ultime barrière à l'erreur lors de ce cas. La procédure a permis d'éviter un événement indésirable majeur. Au Centre de Formation des Soins (CFS) du HFR, les enseignants nous répètent depuis le début de la formation que "nous sommes les avocats du patient" et dans cette situation nous avons été garants de la sécurité du patient.

1.2. Questionnement menant à la problématique

A la vue de cette situation décrite, je constate que :

- L'organisation par l'application des règles a assuré la sécurité du patient.
- Le *TTO* est le dernier rempart face à une erreur.
- La communication interdisciplinaire et l'attention de l'IESA ont favorisé la bonne transmission des informations et ont évité une situation potentiellement grave.
- L'IESA est le seul à avoir constaté l'erreur.

Si le *TTO* n'est pas respecté, alors nous nous exposons à des erreurs potentiellement délétères pour le patient. Notre rôle d'avocat n'est pas assumé et la sécurité du patient n'est donc pas assurée. Mais l'IESA a-t-il le pouvoir de faire respecter systématiquement le *TTO* lorsque celui-ci n'est pas demandé par le chirurgien ?

Me viennent alors plusieurs questions :

- A qui incombe la responsabilité du *TTO* ?
- Tous les soignants sont-ils concernés par cette procédure ?
- Quels sont les risques auxquels le patient est exposé si le *TTO* n'est pas respecté ?
- Quelles sont les limites du rôle que nous avons pour faire respecter le *TTO* ?

- Quels moyens puis-je mettre en place pour que ce *TTO* soit respecté ?

La finalité de mon travail n'est pas de chercher à objectiver le fait que le *TTO* ne soit pas respecté au bloc opératoire ni de modifier des règles institutionnelles, mais je voudrais plutôt pouvoir délimiter mon rôle et identifier des stratégies pour que ce contrôle ultime soit appliqué à la lettre dans le but de garantir la sécurité du patient.

D'où la problématique de ma recherche : Quel est le rôle de l'infirmier expert en soins d'anesthésie concernant l'implication interprofessionnelle dans le *TTO* lors d'une chirurgie élective au bloc opératoire du HIB ?

Suite à ce questionnement, plusieurs hypothèses se présentent :

- Le *TTO*, qui est un élément obligatoire de la procédure opératoire, permet d'optimiser la sécurité du patient car il impose une communication pluridisciplinaire.
- Il existe des facteurs empêchant les soignants de s'exprimer lors du *TTO*.
- L'IESA, de par sa position hiérarchique, est dans l'obligation de développer des stratégies pour faire appliquer un contrôle à un chirurgien.
- En tant que futur IESA, mon implication dans la pratique du *TTO* peut influencer le personnel avec lequel je travaille et optimiser la prise en charge du patient au bloc opératoire.

Pour répondre à ma problématique, je réaliserai d'abord une revue de littérature, celle-ci me permettra de définir et de développer le cadre de référence de mon travail. Les concepts principaux sont au nombre de quatre :

- La sécurité du patient au bloc opératoire.
- La *check-list*.
- La pluridisciplinarité.
- L'organisation au bloc opératoire.

Ensuite, je décrirai la méthodologie de ma recherche avec l'évolution chronologique des mots clés utilisés.

Une synthèse des résultats suivra la méthodologie, j'y résumerai ce qui est sorti des études et des articles. Ceci me permettra de confronter mes questions de départ et mes hypothèses et d'en tirer des conclusions et des enseignements.

2. CADRE DE REFERENCE

2.1. La sécurité du patient au bloc opératoire

2.1.1. *Les critères de qualité des soins*

Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2017), la qualité des soins se définit comme :

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins

En découlent les critères de qualité des soins définis par Zeynep et Com-Ruelle (2013) :

- L'efficacité : les soins sont prodigués pour atteindre les résultats souhaitables pour le patient.
- La sécurité : la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes.
- L'accessibilité : les soins adaptés peuvent être donnés à n'importe quel moment.
- La réactivité : la sensibilité du système à la demande du patient, elle renvoie à des notions de respect, de dignité, de confidentialité, de participation aux choix, de soutien social...
- L'efficience : obtenir les meilleures performances à un moindre coût (p. 4-16).

La qualité des soins doit tenir compte des ressources humaines et techniques disponibles dans le bloc opératoire. Elle nécessite une bonne organisation interdisciplinaire pour être menée à bien. Cette organisation passera par une communication efficace, une collaboration optimale et par l'implication de chaque professionnel de la santé.

C'est un concept en constante évolution dans le but d'être toujours amélioré. La qualité des soins impose donc au système un regard critique sur lui-même, avec des actions mises en place et une évaluation des résultats afin de pouvoir rectifier les problèmes.

Elle est directement liée à la sécurité des patients qui passe par la gestion des risques.

La notion de sécurité des patients est forcément liée aux événements indésirables. La mesure des événements indésirables et des erreurs constitue le fondement de la sécurité des patients.

Concernant les acteurs de la qualité des soins, Setbon (2000) exprime que :

Soigner correspond de plus en plus clairement à un processus collectivement déterminé,

plutôt qu'à un acte individuel. Les soins sont dispensés dans la durée, par différents acteurs au sein de différentes entités et à travers de multiples actes. Acteurs, produits, structures, procédures, échanges d'information sont intimement liés dans le soin, défini comme processus finalisé (p. 58).

Il existe de multiples acteurs et le travail d'équipe et la collaboration sont indispensables pour atteindre un niveau élevé de qualité des soins. Elle doit tenir compte des ressources humaines et techniques disponibles dans le bloc opératoire.

2.1.2. La gestion des risques.

Selon le dictionnaire en ligne *Larousse* (S.d.), le risque est « la possibilité, la probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage ».

Il me semble important de relever que le risque est la survenue éventuelle d'un événement néfaste (avec des conséquences de gravité différentes), qui est plus ou moins prévisible (notion de probabilité) dont il est possible d'en élaborer des parades mais qui est en constante évolution avec la possibilité de changement.

En France, selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2015), les risques au bloc opératoire peuvent être regroupés par grandes familles :

- Les risques associés aux soins :
 - Risques infectieux (liés au patient, au personnel, à l'environnement, au processus opératoire, au postopératoire immédiat)
 - Risques liés aux erreurs d'identité, de côté, de procédure, etc.
 - Risques organisationnels (liés à la planification/programmation de l'activité, à la gestion des ressources matérielles, la gestion des ressources humaines, à la communication et au système d'information, au fonctionnement en équipe)
- Les risques environnementaux et techniques (air, eau, électricité, sécurité incendie, gaz médicaux, dispositifs médicaux, médicaments, déchets et linges)
- Les risques professionnels (risques liés aux manutentions de charge ou patients, risques biologiques, risques chimiques, risques psychosociaux).

Une démarche de gestion des risques a pour but d'améliorer la sécurité des patients, en cherchant à diminuer le nombre et la sévérité des événements indésirables associés aux soins. Au bloc, la gestion des risques requiert l'implication de l'ensemble des acteurs : management de l'établissement, encadrement du bloc, équipes du bloc et coordination avec les services en interface avec le bloc.

L'amélioration de la qualité des soins et la gestion des risques vont de pair. Les deux s'installent dans une démarche d'évolution qui passe par l'identification, la mise en œuvre, l'évaluation et le

traitement des problèmes.

Pour diminuer la fréquence des événements indésirables, de multiples barrières sont mises en place et occupent une position clé. Une illustration de la faillibilité de ces barrières est représentée par le modèle du *Swiss cheese* des accidents du système, où Reason (2000) explique que :

Dans un monde idéal, chaque couche défensive serait intacte. En réalité, ils sont plus comme des tranches de fromage suisse, ayant de nombreux trous - bien que, contrairement au fromage, ces trous s'ouvrent continuellement, se ferment et changent leur emplacement. La présence de trous dans une "tranche" ne provoque généralement pas un mauvais résultat. Habituellement, cela ne peut se produire que lorsque les trous dans de nombreuses couches s'alignent momentanément pour permettre une trajectoire d'opportunité d'accident, exposant les victimes à des dangers. Les trous dans les défenses surviennent pour deux raisons : les défaillances actives et les conditions latentes (p. 393-396).

L'amélioration de la qualité des soins et la gestion des risques vont de pair. Les deux s'installent dans une démarche d'évolution qui passe par l'identification, la mise en œuvre, l'évaluation et le traitement des problèmes.

Le développement d'une culture de sécurité contribue à améliorer la sécurité des soins, particulièrement dans des secteurs à risque comme le bloc opératoire. La culture de sécurité est composée de plusieurs dimensions parmi lesquelles une perception globale de l'importance de la sécurité avec un soutien de la hiérarchie, un encouragement à signaler les événements indésirables, une réponse non punitive à l'erreur, une organisation apprenante et un travail en équipe dans le secteur et entre secteurs.

2.1.3. Le bloc opératoire.

Le bloc opératoire constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital. En raison de sa haute technicité, de l'investissement qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise, des enjeux sécuritaires qu'il impose, il est considéré comme un service très spécifique. C'est un lieu de concentration de nombreuses spécialités médicales et paramédicales. Cette pluridisciplinarité œuvre pour un but commun : le patient.

La pluridisciplinarité implique la nécessité d'une communication précise pour pouvoir coordonner les soins prodigués, afin d'assurer une efficacité et une sécurité maximale au patient. L'enchaînement rapide et la diversité des opérations imposent au bloc une organisation optimale avec un excellent travail d'équipe.

Dans beaucoup d'hôpitaux, le patient est accueilli par un premier IESA, qui l'emmène en "pré

salle” où l'induction est faite, puis le relais sera pris par un second IESA qui l'installera en salle d'opération et le prendra en charge pendant toute la durée opératoire.

Dans le bloc opératoire du HIB, il n'y a pas de pré salle et un seul et unique IESA suit le patient de son arrivée dans le sas jusqu'à son transfert en salle de réveil. Il est généralement le premier soignant que le patient voit au franchissement des portes du bloc. Cet infirmier commence par se présenter au patient puis entame immédiatement l'application de la *CL* en lui demandant son nom, son prénom, sa date de naissance, le type d'opération dont il va bénéficier en indiquant le côté à opérer et la présence d'un marquage réalisé en chambre par le chirurgien. Il signe ensuite la première partie de la *CL* et continue son interrogatoire par des questions plus spécifiques à l'anesthésie (allergies, à jeun, prothèse dentaire, bijoux, miction, traitement reçu, type d'anesthésie, critères d'intubation difficile...). Il vérifie également la signature du consentement éclairé du patient, puis l'invite à s'installer sur la table d'opération. Ce dernier est couvert par de nouveaux linges, coiffé d'une charlotte et sa chemise est retirée. Un aide de salle est systématiquement présent pour aider à la préparation du patient et à la manipulation de la table d'opération. S'en suit le trajet vers la salle d'opération toujours accompagné de l'IESA. Une fois arrivé en salle, le patient est équipé en fonction de l'anesthésie pré définie et l'induction peut être débutée une fois que le médecin anesthésiste est présent. Suite à l'induction, et avec notre accord, l'aide de salle installe le patient spécifiquement en fonction du type de chirurgie réalisé. Le chirurgien arrive et la désinfection et le champage sont effectués. Après cette procédure et juste avant l'incision, le *TTO* est débuté à la demande du chirurgien. A ce moment, la deuxième partie de la *CL* est réalisée et des données sont à nouveau contrôlées : nom et prénom du patient, date de naissance, type d'opération et côté à opérer, antibioprophylaxie donnée ou non, présence du consentement signé, examens radiologiques affichés. L'IESA confirme alors l'exactitude des données et autorise le chirurgien à débiter son opération.

2.2. La *check-list*.

2.2.1. Les origines de la *check-list*.

En parlant de la qualité des soins, il est dit que « ses effets irrémédiablement collectifs favorisent les défections individuelles, d'autant plus aisément que les justifications sont nombreuses et le changement important » (Setbon, 2000, p.65). Il est donc important de cadrer les actes de différents professionnels de santé et de leur donner des outils de contrôle communs afin d'assurer la sécurité des patients.

Selon les statistiques de 2008, il y a 234 millions d'opérations réalisées annuellement dans le monde. Dans les pays industrialisés, le taux de mortalité peropératoire d'un patient hospitalisé

varie de 0,4 à 0,8% et le taux de complications majeures varie de 3 à 17%. Les données suggèrent qu'au moins la moitié de toutes les complications chirurgicales serait évitable. Un ensemble de preuves croissantes lie aussi le travail d'équipe dans la chirurgie aux résultats améliorés, avec les équipes ayant un fonctionnement optimal réalisant les taux significativement réduits d'événements défavorables (Haynes et al., 2009, p.492).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008) a donc lancé un programme *safe surgery saves lives* pour augmenter la sécurité du patient en chirurgie, et faire baisser le taux des complications et décès postopératoires, en ciblant 10 objectifs :

1. L'équipe devra opérer le bon patient, du bon côté.
2. L'équipe utilisera des méthodes reconnues pour prévenir les complications causées par l'administration d'anesthésiques, tout en protégeant le patient de la douleur.
3. L'équipe reconnaîtra les signes et se préparera efficacement pour traiter la perte des voies aériennes ou la perte des fonctions respiratoires.
4. L'équipe reconnaîtra les signes et se préparera au risque d'hémorragie massive.
5. L'équipe évitera d'induire une réaction allergique ou un effet indésirable lié à un médicament connu chez le patient.
6. L'équipe utilisera des méthodes reconnues afin de minimiser le risque d'infection du site opératoire.
7. L'équipe préviendra l'oubli accidentel de compresses ou d'instruments dans le site opératoire.
8. L'équipe sécurisera et identifiera avec précision tous les prélèvements opératoires.
9. L'équipe communiquera efficacement et échangera les informations critiques du patient pour une conduite sécurisée de l'opération.
10. Les hôpitaux et les systèmes de santé publique établiront une surveillance régulière des capacités chirurgicales, du volume et des résultats.

Le principe des *CL* utilisées dans l'aviation a servi de base à la création d'une *CL* pour le bloc opératoire, elle-même basée sur des recommandations de bonnes pratiques et reprenant toutes les vérifications à faire avant, pendant et après une intervention chirurgicale.

2.2.2. *Composition de la check-list.*

Pour atteindre les dix objectifs assurant la sécurité du patient bénéficiant d'une intervention chirurgicale, l'OMS a mis en place la *CL* (annexe 1). C'est un outil simple et pratique, qui peut être utilisé par n'importe quelle équipe chirurgicale dans le monde. Elle va assurer le fait que toutes les étapes préopératoires, peropératoires et postopératoires ont été passées en revue sans perte de temps dans le but de rester efficient.

La *CL* se réalise en trois temps, et sa traçabilité se fait sur un support papier ou électronique :
Premier temps *Sign in* : Avant l'induction anesthésique, le coordinateur de la *CL* confirme verbalement avec le patient (si possible) son identité, la procédure chirurgicale et le côté à opérer et que le consentement opératoire est bien présent. Le coordinateur doit confirmer visuellement la présence du marquage opératoire et doit revoir avec un membre de l'anesthésie les risques liés aux pertes sanguines, aux difficultés de gestion des voies aériennes et aux allergies.

Deuxième temps *Time out* : Juste avant l'incision, l'équipe doit marquer un temps de pause pour confirmer l'identité du patient, le type d'opération, et le côté à opérer. Tous les membres de l'équipe doivent évoquer à tour de rôle les éléments critiques et leur plan pour l'opération en utilisant les items de la *CL* pour se guider. Ils doivent confirmer l'administration éventuelle d'une antibioprofylaxie dans les 60 minutes avant l'intervention et la présence des clichés d'imagerie nécessaires.

Troisième temps *Sign out* : Les membres de l'équipe revoient ensemble le type d'opération réalisée, le compte final des compresses et instruments et l'étiquetage des différents prélèvements effectués. Ils passeront aussi en revue les défaillances techniques éventuelles et s'il y a nécessité de les documenter. Finalement, ils reparleront des points clés et des préoccupations pour la gestion postopératoire et la réhabilitation avant que le patient ne quitte la salle d'opération.

Selon les instructions de l'OMS pour l'utilisation de la *CL*, il est essentiel qu'une seule et même personne dirige le processus. Cette personne est désignée comme coordinateur et sera responsable du remplissage des cases de la *CL*. Ce coordinateur peut être n'importe quel professionnel participant à la prise en charge du patient. Il est donc impliqué dans la prise en charge car sa responsabilité est engagée.

Au HIB, la *CL* a été mise en place par la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) en 2009. Elle est inspirée de celle de l'OMS mais en est une version beaucoup plus simplifiée car elle comporte moins d'items (annexe 2). Cette simplification a été mise en place d'une part pour que la *CL* soit plus adaptée à notre structure qui comporte moins d'intervenants lors de la prise en charge du patient, d'autre part pour que la *CL* soit efficacement remplie à chaque fois. Elle se divise en deux documents : une partie remplie avant l'intervention chirurgicale (*Sign in* et *TTO*) et une partie remplie à la fin de l'intervention (*Sign out*).

En dehors du parcours de formation propre à chaque acteur présent en salle d'opération, il n'y a pas de formation concernant l'utilisation de la *CL* au bloc opératoire du HIB. Les rôles sont

prédéfinis par une routine institutionnelle qui place l'IESA en coordinateur de la *CL* car c'est lui qui accueille le patient en premier à son arrivée au bloc opératoire et qui remplit la partie *Sign in*. La responsabilité de la conformité et de la sécurité du patient incombe donc à l'IESA.

2.2.3. *Présentation du team time out au HIB.*

Nous venons de voir la composition générale de la *check-list* de l'OMS « sécurité du patient au bloc opératoire », et nous allons maintenant nous intéresser au deuxième composant de la *CL* : le *TTO*. Dans cette partie, je vais expliquer son déroulement au HIB.

Comme dans les recommandations de l'OMS, au HIB le *TTO* est réalisé juste avant l'incision. Le chirurgien le demande, et sont présents au minimum l'IESA et le technicien en salle d'opération. Tout le monde est à l'écoute et l'IESA valide oralement les données.

Cependant, à la vue des instructions pour l'utilisation de la *CL* de l'OMS, durant ma pratique j'ai remarqué qu'il y avait plusieurs manquements ou déviations dans le remplissage de celle du HIB :

- Tous les chirurgiens ne demandent pas systématiquement le *TTO* et ce dernier n'est alors pas réalisé.
- Lorsque celui-ci est demandé, il y a parfois des items importants qui ne sont pas abordés.
- Lorsque celui-ci est réalisé, il y a fréquemment un manque de traçabilité. En effet, lorsque le *TTO* est réalisé, le chirurgien est déjà vêtu de sa blouse et ses gants stériles, il ne peut donc pas cocher les cases et signer. L'IESA ayant le document à sa disposition pourrait le signer mais l'item demande à ce que ce soit l'opérateur qui le signe. Le chirurgien signe ce document une fois l'intervention terminée et sa tenue stérile retirée, il en résulte de fréquents oublis.

Dans une pratique chirurgicale quotidienne avec un nombre toujours croissant d'interventions, l'attention sur la qualité et la sécurité a besoin d'être assurée. Il est donc important de réaliser tous ces contrôles de façon optimale pour ne pas s'exposer à des erreurs et diminuer les complications chirurgicales. Lors d'une chirurgie urgente, une certaine tolérance est admise si des items de la *CL* ne sont pas remplis car cela pourrait faire perdre des secondes précieuses pour la survie du patient. Le *TTO* est un outil très efficace dans ce type de chirurgie, car sa rapidité de réalisation permet d'englober les principaux contrôles nécessaires pour la sécurité du patient sans pour autant perdre de temps.

Il me semble donc indispensable que celui-ci soit systématiquement réalisé lors d'une chirurgie élective, car il n'augmente pas la durée opératoire ni la charge de travail et le bénéfice concernant la sécurité du patient est important.

2.3. L'interdisciplinarité.

2.3.1. *L'infirmier expert en soins d'anesthésie.*

Selon le profil de poste de la Fédération Suisse des Infirmières et Infirmiers Anesthésistes (2017) :

L'expert en soins d'anesthésie diplômé EPD ES utilise les compétences acquises pour fournir aux patients des prestations d'anesthésie au degré le plus élevé de la qualité et de la sécurité. Il travaille sur délégation d'un médecin anesthésiste ou en collaboration avec lui et agit sous sa propre responsabilité et de manière autonome. Il participe à la gestion de la qualité et des risques en tenant compte des évolutions actuelles et futures d'ordre économique, écologique et démographique. Il tient la documentation de soins à jour et s'acquitte de tâches administratives. Pour garantir une bonne collaboration intra et interprofessionnelle, il fait preuve de souplesse et sait communiquer. Dans des situations sortant de l'ordinaire, il soutient la dynamique de groupe et l'efficacité du travail d'équipe par une communication constructive.

Selon la grille d'évaluation des compétences en soins d'anesthésie du centre de formation des soins (CFS) du HFR (2016), l'étudiant en anesthésie doit :

- Selon la compétence 1.1 : action en phase préopératoire : prendre le patient en charge, contrôler son identité, l'intervention prévue et le site à opérer. Surveiller, encadrer et soigner le patient.
- Selon la compétence 2.1 : coopération et coordination dans l'organisation intra et interprofessionnelle : reconnaître les rôles respectifs des personnes associées au traitement des patients et respecter leurs droits et devoirs. Coordonner, conjointement avec le service médical, les ressources de l'équipe interprofessionnelle. Coopérer au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle. Planifier la coordination intra et interprofessionnelle et fixer des priorités. Vérifier le déroulement des actions, l'affectation des ressources et la qualité de la coopération et de la coordination.
- Selon la compétence 2.2 : gestion de la qualité et des risques : anticiper les dangers et les sources d'erreurs et connaître les dispositifs de l'établissement en matière de sécurité. Décider, selon son évaluation de la situation et les directives de l'établissement en matière de sécurité, des mesures adéquates à prendre pour corriger les situations critiques et les écarts par rapport aux normes. Émettre des propositions visant à améliorer la qualité, à prévenir les erreurs et à garantir une utilisation durable des ressources.
- Selon la compétence 2.3 : administration et documentation de soins : assurer, dans le respect des dispositions sur la protection des données, le relevé et la gestion du flux d'informations au sein de l'équipe intra et interprofessionnelle. Contrôler la documentation des

soins et les travaux administratifs pour vérifier qu'ils sont corrects, complets et compréhensibles.

– Selon la compétence 3.3 : communication et dynamique de groupe : transmettre avec précision, même dans l'urgence, les informations complexes en utilisant la terminologie professionnelle. Savoir juger si les malentendus et les tensions doivent être attribués aux phénomènes de dynamique de groupe. Adopter des mesures garantissant la communication et permettant d'écartier les malentendus.

A la vue du profil de poste et des différentes compétences requises, nous pouvons en déduire que le rôle de l'IESA est clairement de coordonner toutes les actions visant à garantir la sécurité du patient au sein de l'équipe pluridisciplinaire, et d'en assurer la traçabilité. Ceci nécessite donc des capacités de communication, de collaboration et de gestion des responsabilités.

2.3.2. Le côté médical : le chirurgien et le médecin anesthésiste.

Pendant longtemps, l'anesthésie fut pratiquée sous la responsabilité totale du chirurgien, par la première personne disponible au bloc opératoire (externe, interne, religieuse ou infirmière).

Cependant, depuis que l'anesthésiologie est devenue une discipline à part entière, la jurisprudence a évolué en matière de partage de responsabilités. Progressivement, l'anesthésiste a vu sa place de médecin responsable reconnue et l'on vit des décisions judiciaires faisant partager les responsabilités.

Le chirurgien et l'anesthésiste vont examiner le patient entrant en milieu hospitalier chirurgical. Ils vont décider des explorations complémentaires et obtenir son consentement à l'acte thérapeutique. Dans cette phase, si l'anesthésiste juge le risque trop important, ou s'il considère l'intervention non urgente ou mal préparée, il peut refuser de collaborer. Sinon, il s'établit entre lui et le malade un contrat de soins après qu'il ait informé le futur opéré des avantages et des risques de l'acte opératoire.

Pour la validité de ce contrat, il est indispensable que l'anesthésiste ait examiné le futur opéré, l'ait interrogé sur ses antécédents, ait fait pratiquer les examens nécessaires, ait discuté dans certains cas des différentes modalités d'anesthésie et qu'il ait obtenu de la part du malade un consentement éclairé. Dès lors, l'anesthésiste va assumer avant, pendant et après l'opération, des responsabilités personnelles et il ne peut être considéré comme un simple membre de l'équipe placée sous la direction du chirurgien.

Nous remarquons donc qu'il y a deux entités médicales qui collaborent dans la prise en charge du patient, qui ont des responsabilités et une autonomie propres à leur discipline respective.

2.3.3. Le technicien de salle d'opération et l'aide de salle d'opération.

Le technicien en salle d'opération (TSO) est un collaborateur représentant le côté chirurgical de la prise en charge du patient.

Sur le site internet du centre d'information des professions de santé (2014), les missions du TSO sont :

- Coopérer à la prise en charge du patient (accueillir, installer, accompagner)
- Collaborer, en tenue stérile, au déroulement des interventions chirurgicales
- Préparer, donner et reprendre les instruments
- Assurer le lien avec l'équipe habillée stérilement et l'ensemble du bloc opératoire
- Assumer la maintenance du matériel, des instruments et des appareillages, ainsi que des locaux.

Selon le dictionnaire en ligne *Larousse (S.d.)*, un technicien est « une personne qui connaît et pratique une technique ». Mais lorsque l'on voit les missions du TSO, ce dernier doit également accueillir, installer et accompagner le patient, il a donc un rôle de soignant.

Au HIB, lorsque le patient arrive au bloc opératoire, le TSO est en train de préparer le matériel spécifique au type d'intervention en étant déjà revêtu des vêtements stériles. De ce fait, il ne peut pas participer à la première partie *Sign in* de la *CL*. Par contre, il participe activement à la deuxième et à la troisième partie *TTO* et *Sign out*.

L'assistant technique spécialisé en salle d'opération (ATSSO) plus communément appelé « aide de salle d'opération » a un rôle majeur au bloc opératoire. Il connaît les techniques chirurgicales, il prépare et manipule le matériel spécifique à l'intervention, il participe à l'accueil du patient et gère son installation, il collabore au déroulement des interventions chirurgicales en tant que « circulant », il participe au rangement du matériel et à son nettoyage...

Selon le portail Suisse d'information de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (S.d.), son profil est le suivant :

- Il a les connaissances nécessaires au développement des compétences requises dans la fonction d'assistant technique spécialisé en salle d'opération
- Il a des aptitudes techniques et un savoir-faire professionnel
- Il améliore les capacités relationnelles et organisationnelles spécifiques au bloc opératoire
- Il favorise les échanges entre les différents acteurs concernés et contribue au développement de la profession.
- Il démontre des capacités de réflexivité sur ses activités professionnelles

A la vue de ce profil, deux des compétences nécessaires au travail de l'ATSSO m'interpellent. D'une part, il s'agit d'améliorer des capacités relationnelles et organisationnelles. D'autre part, il s'agit de favoriser les échanges entre les différents acteurs. Ces compétences me semblent

essentielles dans l'application de la *CL*. Dans certains endroits, l'ATSSO est même le garant du respect et du remplissage correct de la *CL* car il est présent auprès du patient tout au long de son parcours dans le bloc opératoire.

2.4. L'organisation.

2.4.1. *Les notions d'implication et de responsabilité.*

Selon la compétence 2.2 de la grille d'évaluation des compétences en soins d'anesthésie (2016) du CFS du HFR, l'étudiant en anesthésie « agit de façon concrète et responsable selon les principes de la gestion de la qualité et de l'utilisation durable des ressources. Réagit de façon appropriée à des événements critiques ou à des erreurs ».

Lorsque l'on cherche une définition de la responsabilité, on trouve dans le dictionnaire en ligne Larousse (S.d.) « une obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres ». Dans le domaine médical, ceci implique une autonomie, une discipline irréprochable et la nécessité d'agir comme un leader en se basant sur des données probantes et en s'assurant de leur application.

La notion d'implication est alors importante. Pour définir ce que l'on entend par ce terme, on peut dire que s'impliquer dans la relation de soin, c'est s'engager, se rendre responsable de la prise en charge de la souffrance d'un malade ; c'est y mettre de l'énergie, y consacrer du temps, de l'attention... c'est y mettre du sien. Avoir foi en ce que l'on fait.

Les deux termes de responsabilité et d'implication sont très liés. Ils sont les piliers du rôle de tous les soignants présents dans le bloc opératoire et permettent une démarche d'évolution et d'amélioration continue.

2.4.2. *La collaboration.*

Toujours selon le dictionnaire en ligne Larousse (S.d.), la collaboration est définie comme « l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres ». C'est donc un processus par lequel plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs. Les objectifs communs à toute l'équipe du bloc opératoire sont le bien être du patient et la gestion des risques.

Chaque membre de l'équipe a ses propres besoins pour mener à bien sa mission, collaborer c'est aussi comprendre les besoins de son collègue. Pour cela, il faut interagir, et la communication est très importante. Les soignants doivent travailler ensemble et unir leurs compétences afin d'assurer une gestion parfaite de l'intervention. La compétence individuelle devient compétence collective.

2.4.3. *La communication.*

La communication est un élément incontournable à la construction de liens et est essentielle au développement de la collaboration.

Selon Le Boterf (2004, p.210), la communication consiste à « partager les informations dans des relations de confiance réciproque ». En effet, par le biais de la communication, plusieurs entités vont échanger des savoirs et instaurer un climat de confiance à l'intérieur du groupe. La notion de collaboration exposée au-dessus va assimiler les notions de communication et de partage de savoir.

Selon un enseignement théorique sur le *leadership* (2016) dispensé au cours de la deuxième année de formation d'EPD ES au CFS du HFR, les critères d'efficacité de la communication sont « l'identification du receveur, la précision du message et la fermeture des boucles de communication ». Ainsi, la communication entraînera une conscience collective du message et donc une coordination de l'ensemble des acteurs.

La communication constitue donc un des piliers de la réussite d'une équipe et de la sécurité des patients à condition d'en respecter ses règles d'utilisation.

Ces 3 axes sont intimement liés car ils sont interdépendants et sont indispensables à l'organisation efficace d'une équipe.

3. METHODE

Au début de ma réflexion, j'avais l'idée de réaliser une observation de terrain pour recueillir directement le ressenti du personnel du HIB vis-à-vis de ma problématique. Mais le manque de temps et la crainte de ne pas recueillir des éléments suffisamment pertinents en raison du nombre réduit de personnel dans une petite structure, ont fait évoluer mon idée de départ vers une revue de littérature. La perspective visée était de résumer les meilleures preuves pouvant mettre en exergue le rôle de l'IESA dans l'implication interprofessionnelle pour le *TTO*.

Les bases de données *pubmed*, *google scholar* et *clinicalkey* ont servi de point de départ des investigations.

Les recherches sur *google scholar* et *clinical key* m'ayant donné des résultats trop vastes, j'ai décidé de cibler mes recherches en utilisant des termes *MeSH* sur *pubmed*.

Des critères d'exclusion ont été appliqués. A savoir :

- Les études hors bloc.
- Les articles datant de plus de 15 ans.

- Les simples articles de revues et les *case report* dans le but de recueillir uniquement des études intégralement décrites et pertinentes.

Ce travail a pour but de mettre en évidence le rôle de l'IESA lors du *TTO*, c'est pourquoi les premiers termes *MeSH* ont été :

- *Nurse anesthetists AND checklist*

Les résultats n'ont pas été fructueux et seuls huit articles non pertinents ont été trouvés. Ils ont été jugés non pertinents car ils ne traitaient pas directement des rôles de l'IESA.

Les recherches se sont alors orientées vers les barrières potentielles à l'application de la *CL*, quelle que soit la profession concernée, le but étant de les confronter aux éléments de mon cadre de référence et d'en tirer des conclusions quant au rôle de l'IESA, d'encourager l'ensemble du personnel soignant à surmonter ces barrières.

Alors les mots clés ont évolué vers les concepts exposés dans le cadre de référence :

- *Leadership AND operating room AND checklist*: 6 lectures.
- *Physician – nurse relations AND operating rooms* : 28 lectures.
- *Organizations AND communication AND operating room* : 25 lectures.
- *Communication AND interprofessional relations AND operating room nursing* : 96 lectures.

Chacune de ces combinaisons de mots clés m'ont permis de trouver un article. Au total, 4 études qualitatives ont donc été choisies :

- Bergs, Jochen, Frank Lambrechts, Pascale Simons, Annemie Vlayen, Wim Marneffe, Johan Hellings, Irina Cleemput, and Dominique Vandijck. "Barriers and Facilitators Related to the Implementation of Surgical Safety Checklists : A Systematic Review of the Qualitative Evidence." *BMJ Quality & Safety* 24, no. 12 (December 2015) : 776–86. Doi :10.1136/bmjqs-2015-004021.
- Makary, Martin A., J. Bryan Sexton, Julie A. Freischlag, Christine G. Holzmueller, E. Anne Millman, Lisa Rowen, and Peter J. Pronovost. "Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder." *Journal of the American College of Surgeons* 202, no. 5 (May 1, 2006) : 746–52. Doi : 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017.
- Porter, Allison J., Jon Y. Narimasu, Michael F. Mulroy, and Richard P. Koehler. "Sustainable, Effective Implementation of a Surgical Preprocedural Checklist : An 'attestation' format for All Operating Team Members." *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 40, no. 1 (January 2014) : 3–9.

- Makary, Martin A., Arnab Mukherjee, J. Bryan Sexton, Dora Syin, Emmanuelle Goodrich, Emily Hartmann, Lisa Rowen, Drew C. Behrens, Michael Marohn, and Peter J. Pronovost. "Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery." *Journal of the American College of Surgeons* 204, no. 2 (February 2007): 236–43. Doi : 10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018. Afin de recueillir et d'analyser les données de ces études, j'ai utilisé la grille d'évaluation critique de *McMaster University* (annexe 3).

4. RESULTATS DES ETUDES

L'étude de Bergs et al. (2015), a pour objectif d'avoir une meilleure compréhension des barrières et facilitateurs liés aux utilisateurs pour la mise en place de la *CL* dans les blocs opératoires. Pour cela, ils ont réalisé une synthèse de 18 études quantitatives qui ont été méticuleusement triées lors de recherches dans la base de données *Medline*. L'idée principale est de montrer que les contrôles de sécurité requis au bloc opératoire perturbent les routines du personnel de la salle d'opération si ces derniers ne sont pas implantés de façon adéquate et leur intérêt n'est, par conséquent, pas bien compris, ce qui engendre une mauvaise application de ces contrôles.

Lors de l'extraction des données, deux dimensions ont émergé. Chacune de ces dimensions résulte du regroupement des concepts clés des études primaires :

1) Les modifications liées à l'utilisateur requises pour mener la *CL* comme prévu :

- La perception du personnel vis-à-vis de la *CL* et de la sécurité du patient :

Les implications juridiques entravent la volonté du personnel d'utiliser la *CL*.

Les infirmiers en général, ont exprimé leurs préoccupations concernant la perception des patients, ce qui a entraîné l'omission d'éléments de la *CL* considérés comme causant du stress aux patients. Il existe également des problèmes concernant la perte de temps potentielle et le besoin d'efficacité. L'importance perçue des différents items de la *CL* varie selon les professions, ce qui entraîne une utilisation et un soutien variable. Les chirurgiens et anesthésistes ont exprimé leur scepticisme vis-à-vis des preuves existantes qui selon eux ne sont pas concluantes.

- Les ajustements dans le flux du travail :

Les changements dans le flux de travail du personnel sont souvent vécus comme une charge de travail accrue. De plus, l'alignement du flux de travail des différents membres de l'équipe est souvent difficile, avec une répétition des éléments de la check-list par les différents soignants.

2) Les facteurs affectant les changements liés à l'utilisateur :

- La *CL* elle-même :

Le contenu n'est pas pertinent pour la configuration des différents membres de l'équipe et les interrogés suggèrent de reformuler certains items. Le processus d'exécution ne correspond pas à ceux qui existent et cela crée des contrôles de sécurité redondants et une administration ou même des flux de travail contradictoires. L'appartenance psychologique a également une importance, c'est-à-dire que les soignants doivent avoir l'impression que l'intervention est adaptée à leurs besoins.

- Le processus d'implantation de la *CL* :

Ce processus doit créer une période de transition claire soutenant l'acquisition du nouveau flux de travail. Une grande partie de l'effort de mise en œuvre implique l'éducation et la formation. Les participants ont jugé important de leur montrer comment ils doivent utiliser la liste de contrôle. De même, des lignes directrices peu claires entravent l'exécution de la *CL*. Enfin, compte tenu du contexte hiérarchique au sein de la salle d'opération, le *leadership* supérieur des chirurgiens est d'une importance incontournable.

- Le contexte local :

Les participants ont exprimé que, en plus du *leadership* général, un *leadership* exécutif est nécessaire pour communiquer l'importance de la *CL* et la sécurité des patients en général. Le *leadership* exécutif doit être exercé afin de créer un contexte dans lequel les médecins et les infirmières se sentent soutenus. À travers les études, les répondants ont considéré la culture organisationnelle comme un obstacle majeur, mais aussi comme un élément facilitant le potentiel de ce contrôle. La culture organisationnelle immédiate et hiérarchique jouent un rôle de médiateur. Pour finir, les problèmes de communication et le travail d'équipe inexistant gênent l'exécution de l'intervention. Ces problèmes proviennent souvent d'une culture d'équipe hiérarchique qui entrave la culture ouverte et la communication nécessaires pour parcourir correctement la *CL*. L'interaction sociale entre les membres de l'équipe a un impact important sur la décision des infirmiers de participer à l'utilisation de la *CL*. La participation de l'équipe serait variable en fonction des conditions pratiques, sociales et professionnelles dans le milieu de travail.

Pour aller plus loin, les auteurs ont généré des hypothèses supplémentaires :

– Les routines interrompues et les priorités conflictuelles :

La *CL* crée une modification des routines existantes. Il faut aligner le flux de travail des différents professionnels afin de créer un bref moment de réflexion collective.

Les flux de travail existants sont établis en fonction des différentes priorités (efficacité,

productivité) et leur modification est source de conflit. Donc la *CL* doit concurrencer les priorités cliniques et organisationnelles déjà existantes.

- Les différentes perspectives et motivations :

Les motivations à l'utilisation de la *CL* diffèrent entre les fournisseurs de soins de santé et la gestion hospitalière. L'utilisation de la *CL* fait souvent partie des exigences d'accréditation hospitalière ou d'autres programmes d'amélioration de la qualité. Sans une communication claire sur les motifs de la gestion des hôpitaux, les mauvaises perspectives se propagent et la résistance à la *CL* se développe.

- La *CL* est implantée comme une simple intervention technique :

C'est une intervention sociale complexe avec une espérance d'interaction et de coopération entre chirurgiens, anesthésistes et infirmiers. Cet aspect est souvent mal pris en compte lors de la mise en œuvre. Par conséquent, il faudrait promouvoir et soutenir la communication interprofessionnelle lors de l'introduction de la *CL*.

Ensuite, l'étude de Makary et al. (2006) a pour but d'analyser la différence de perception de la qualité de la collaboration et de la communication entre les différents soignants au bloc opératoire. Pour cela, le personnel du bloc opératoire de 60 hôpitaux aux Etats Unis a été interrogé par le biais d'un questionnaire. Les chirurgiens, médecins anesthésistes, IESA, et infirmiers de bloc opératoire ont dû évaluer leurs propres pairs et les autres soignants concernant leur travail d'équipe en utilisant une échelle de 5 points (1= très bas, 5= très haut). Au total, 2769 questionnaires ont été distribués anonymement et 2135 sont revenus pour l'analyse (77.1% de réponses).

Les résultats montrent que les chirurgiens et les médecins anesthésistes ont noté le travail d'équipe avec les soignants du bloc opératoire au plus haut alors qu'ils ont reçu les plus mauvaises notes venant des autres disciplines.

Les IESA ont donné leur plus mauvaise note aux chirurgiens concernant la collaboration avec ces derniers (3.72/5 en moyenne). Les IESA ont le sentiment que les chirurgiens ne collaborent pas bien avec eux. A l'inverse, les chirurgiens ont donné la note de 4.37 aux IESA. Les résultats vont dans le même sens lorsque les infirmiers de bloc opératoire ont dû noter les chirurgiens et inversement.

Il y a donc une grande différence de perception du travail d'équipe entre le côté médical et le côté paramédical.

Dans la discussion, les auteurs expliquent que cela pourrait résulter de différences fondamentales et durables entre les infirmiers et les médecins, y compris le statut, l'autorité, le genre, la formation et les responsabilités de soins aux patients. Les racines pourraient se situer

dans la culture médicale et infirmière.

Comme cela a été prouvé dans le domaine de l'aviation, les bons comportements dans le travail d'équipe peuvent mener à de meilleurs résultats pour le patient et donc de meilleures performances.

La hiérarchie traditionnelle en chirurgie a souvent abouti à un découragement des infirmiers concernant le fait de s'exprimer quant à la sécurité du patient. Ils peuvent être hésitants pour donner leur avis concernant les soins prodigués au patient face à un chirurgien car ils ont peut-être moins d'expérience ou moins d'entraînement. Les hypothèses de barrières sociales, de genre et de statut socio-économique sont également évoquées.

Pour finir, ils disent que le but de la culture de sécurité vise à encourager tout membre de l'équipe de la salle d'opération à faire face et à atténuer les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable pour le patient. Ils encouragent donc les structures à utiliser un outil de mesure afin d'évaluer le travail d'équipe au bloc opératoire. Ils préconisent aussi de réaliser des *briefings* et *débriefings* au bloc opératoire dans le but de minimiser les différences de perception du travail d'équipe, ces interventions pouvant par exemple être réalisées lors du *TTO*, pour revoir le nom et le rôle de chaque membre de l'équipe, le plan opératoire et les issues potentielles.

L'étude suivante, également menée par Makary et al. (2007) est apparue avant la mise en place du programme « *Safe Surgery Saves Lives* » par l'OMS et reflète parfaitement l'état d'esprit des soignants en salle d'opération vis-à-vis de la coopération et de la sécurité des patients, sans aucune influence préalable d'une *CL* implémentée. Cette étude a pour objectif de mesurer l'association entre les *briefings* préopératoires en salle d'opération (*TTO*) et les perceptions des cliniciens sur la collaboration et la perception du risque d'une chirurgie erronée. Elle a été réalisée dans le bloc opératoire d'un centre médical universitaire aux Etats Unis où un questionnaire a été distribué à chaque soignant à l'état basal, c'est-à-dire sans formation préalable sur le *briefing* préopératoire. S'en est suivie une mise en place de séances d'information sur ce *briefing* pendant 3 mois, puis la mesure a été répétée suite à cela. Les soignants devaient répondre à six questions d'enquête liées aux *briefings* et aux opérations erronées. Ils devaient noter chaque question de 1 (désaccord total) à 5 (totalement d'accord) :

- « Une discussion préopératoire a augmenté ma conscience du site et du côté chirurgical à opérer » : les soignants étaient d'accord à 52,4% avant et à 64,4% après.
- « Le site chirurgical de l'opération était clair pour moi avant l'incision » : les soignants étaient d'accord à 88,2% avant et à 96,6% après.
- « La chirurgie et l'anesthésie ont travaillé ensemble comme une équipe bien coordonnée » : les soignants étaient d'accord à 67,9% avant et à 91,5% après.

- « Les décisions ont pertinemment fait participer le personnel concerné » : les soignants étaient d'accord à 78,7% avant et à 89,6% après.
- « Les discussions en équipe sont communes dans cette salle d'opération » : les soignants étaient d'accord à 37,4% avant et à 48,3% après.
- « La discussion d'équipe est importante avant une intervention chirurgicale pour la sécurité des patients » : les soignants étaient d'accord à 94% avant et à 93,3% après.

Les soignants du bloc opératoire ont donc évalué leur perception de la collaboration et du risque de chirurgie erronée différemment après l'intervention d'information.

Nous constatons que l'utilisation de séances d'information en salle d'opération réduit considérablement l'incertitude concernant l'emplacement du site chirurgical chez les soignants. Le *TTO* est un outil efficace pour promouvoir le travail d'équipe entre l'anesthésie et la chirurgie. Il permet aussi d'utiliser plus pertinemment les commentaires des soignants pour la prise de décision.

Il y a un impact significatif sur l'amélioration de la coordination des soins et la réduction du risque de chirurgie erronée.

Dans la discussion, les auteurs estiment que pour progresser vers la réduction de la fréquence des chirurgies erronées, une approche consiste à utiliser un modèle d'éducation dans lequel la connaissance conduit à des changements d'attitude qui, à leur tour, modifient le comportement et finalement réduisent les dommages évitables. Il faut maîtriser les nouvelles pratiques qui ont pour but de promouvoir la sécurité. Pour cela, il est important d'entraîner les soignants dans l'implantation de ces nouvelles interventions puis d'en mesurer la bonne application et l'efficacité régulièrement, notamment par le biais de séances d'observation avec un *feedback* donné au personnel.

Mais cette connaissance seule serait insuffisante si les soignants ne se sentent pas impliqués en valorisant l'intervention et en la percevant comme utile et importante.

Toujours dans le but de changer les attitudes vis-à-vis de la sécurité des patients, ils proposent l'utilisation de *leaders* médicaux afin de faciliter le développement du *TTO*. Par exemple, dans cette étude, chaque chirurgien participant a été recruté ainsi pour encourager la communication et le travail d'équipe.

Tous ces remaniements impliqueraient certaines modifications. Des informations sur l'utilisation et l'utilité des *briefings* préopératoires pourraient être incorporées dans la formation des chirurgiens, médecins et infirmiers, ce qui s'avérerait bénéfique pour améliorer la coordination des soins et pour réduire la fréquence des erreurs de site opératoire.

Dans une perspective d'amélioration, l'intégration des séances d'informations dans les domaines médicaux et la formation infirmière peut aider à améliorer le travail d'équipe dans les salles d'opération en favorisant la cohérence et la communication structurée, la planification

proactive lors de problèmes potentiels et une collaboration interdisciplinaire entre médecins et infirmiers, en chirurgie et en anesthésie.

Enfin, l'étude de Porter, Narimasu, Mulroy & Koehler (2014) est plus récente que les études citées plus tôt dans mon travail et a l'avantage d'avoir plus de recul sur l'application de la pause pré procédurale. Elle part du constat que même avec un encouragement réglementaire externe et un soutien administratif de haut niveau dans les hôpitaux, la résistance au changement a limité l'acceptation soutenue de la pause pré procédurale à une réussite de 40 à 60 % dans plusieurs rapports. L'objectif pour les auteurs est d'améliorer le format du *TTO* de façon durable afin d'encourager la participation et de responsabiliser tous les membres de l'équipe opérationnelle à contribuer. Un objectif secondaire était de s'assurer que la *CL* révisée pourrait être mise en œuvre efficacement sans frais important ni formation du personnel.

La méthode consiste à réaliser un premier audit de performance sur la base de la pause pré procédurale de la *CL* originale (janvier 2010). S'en est suivie une période de développement d'un nouveau format de *TTO* où des représentants de chirurgie, des soins infirmiers, des techniciens chirurgicaux et d'anesthésie se sont réunis pour réaliser des changements afin que chaque membre de l'équipe se sente responsable d'une section spécifique de la *CL*. Ce format a été implémenté dans les salles d'opération par le biais de vidéos de démonstration et d'affiches explicatives et il exige que chaque membre de l'équipe soit responsable d'une section dédiée de la *CL* avec des éléments auxquels seul le professionnel spécifique peut répondre. Suite à cela, le deuxième audit a pu être effectué avec le nouveau format et celui-ci a présenté de nettes améliorations notamment dans le fait que tous les soignants se soient arrêtés pendant le *TTO*, avec un pourcentage qui est passé de 78% à 96% ($p < 0.0001$). Des améliorations ont également été relevées dans la présentation de chaque professionnel : les noms ont été prononcés dans 44% des cas avant puis dans 94% des cas après l'implémentation ($p < 0.0001$).

Au total, à la ligne de base, tous les éléments de la *CL* étaient effectués pendant seulement 54% des cas. Après la mise en place d'un nouveau format, tous les éléments ont été complétés dans 97% des cas.

Pour vérifier la compliance du personnel au long terme, un nouvel audit a été réalisé 18 mois après la première récolte de données. La conformité y est restée très élevée avec la maintenance d'améliorations significatives dans presque toutes les catégories.

L'expérience a confirmé que l'adoption d'une *CL* sans tentative de soutien aux changements culturels en salle d'opération ne crée pas une mise en œuvre effective même avec un soutien institutionnel.

Confier la conformité à un membre unique de l'équipe d'exploitation qui était un personnage

d'autorité forte n'a produit que 54% de l'achèvement de la CL. Ceci étant confirmé par Lingard et al. (2008) qui ont observé que les tentatives visant à améliorer l'atmosphère de travail d'équipe grâce à des séances d'information pré procédurales ont été moins efficaces lorsqu'elles ont été menées par les médecins.

La création d'une participation complète de chaque membre de l'équipe en donnant son nom complet et en attestant des éléments propres à sa profession était efficace pour assurer une réalisation durable et cohérente de pratiquement tous les éléments de la CL.

Une vérification continue du processus a identifié un besoin d'amélioration dans la partie *débriefing*.

L'autre élément essentiel pour un TTO efficace est l'encouragement de la communication ouverte et le renforcement d'équipe atteint par le volet de discussion.

Le défi d'atteindre un travail d'équipe amélioré dans les salles d'opération est d'autant plus difficile du fait de la tradition de l'autonomie et la nature hiérarchique du côté chirurgical.

Les auteurs citent également Fourcade et al. (2012) qui ont identifié les obstacles à l'adoption réussie d'une CL de sécurité chirurgicale, avec dans le top 2 l'échec organisationnel à intégrer dans la charge de travail existante la CL et les habitudes culturelles (les pratiques du personnel sont enracinées dans une hiérarchie honorable) limitant la communication ouverte et l'acceptation des changements.

La clé du respect des CL pour promouvoir le travail d'équipe est le *leadership* et le soutien institutionnel, les champions individuels et les explications sur le « pourquoi » et le « comment ».

5. DISCUSSION

Dans cette partie du travail, les résultats des études vont être regroupés par catégories et mis en lien avec les éléments du cadre de référence. Il s'agira d'analyser ces catégories et d'amener des pistes d'amélioration quant au rôle de l'IESA dans l'implication interprofessionnelle pour l'application du TTO.

Pour ce faire, j'ai utilisé des tableaux récapitulatifs des études (annexe 4). Ceux-ci m'ont permis de sortir 2 axes de modifications potentiellement réalisables. Le premier axe concerne l'institution et le second concerne le comportement du personnel en salle d'opération.

5.1. Les modifications potentiellement réalisables au niveau de l'institution selon les études.

Les études analysées confirment clairement que l'institution a un rôle à jouer pour que le TTO soit réalisé de façon optimale avant l'incision. Le but de mon travail n'est pas d'imposer des

modifications au niveau de mon établissement, mais de trouver des parades pour que les éléments importants du *TTO* soient respectés et que l'ensemble du personnel se sente impliqué dans cette intervention.

Dans l'étude de Porter et al. (2014), un format adapté de *TTO* (où chaque membre évoque à tour de rôle les éléments critiques) a encouragé la participation et la responsabilisation de tous les membres de l'équipe. Bien que la qualité des soins soit un concept en constante évolution dans le but d'être toujours amélioré, le format actuel du *TTO* au HIB ne cible pas chaque profession présente dans la salle d'opération. Par conséquent, il se peut que certains soignants ne se sentent pas ciblés par cette intervention, ce qui en diminue leur implication. Sans avoir la prétention de changer l'exécution actuelle de ce *briefing*, l'IESA peut contribuer à son amélioration en apportant oralement des compléments qui lui semblent importants (par exemple du sang réservé, un traitement anticoagulant pris ou simplement son plan opératoire).

Concernant l'implication du personnel, cette étude rejoint celle de Makary et al. (2007) où l'instauration d'une formation préalable sur le *briefing* préopératoire a amélioré la perception des soignants de la collaboration et du risque de chirurgie erronée. Le *TTO* y est donc décrit comme un outil efficace pour promouvoir le travail d'équipe entre l'anesthésie et la chirurgie. Il permet aussi d'utiliser plus pertinemment les commentaires des soignants pour la prise de décision. Grâce à la prise de conscience de ces avantages, les soignants sensibilisés s'impliquent mieux dans la réalisation du *briefing*. Nous avons vu qu'au HIB, il n'existe pas de formation sur l'utilisation et l'intérêt de la *CL*. Les anciens sont censés former les nouveaux employés dans une routine institutionnelle avec des risques évidents de biais qui entraîneraient une méconnaissance de l'utilité du *TTO* et donc une mauvaise utilisation de ce dernier. De par sa formation et ses connaissances, l'IESA sait que ces contrôles sont indispensables. Il agit de manière autonome et possède des compétences de *leadership*, ce qui peut motiver les autres membres du personnel à suivre son exemple. Ceci aboutirait à une augmentation de leur implication et de leur sentiment de responsabilité avec la perspective de parfaire la réalisation du *TTO*. L'ATSSO étant présent dès l'arrivée du patient dans le sas, l'IESA peut l'utiliser comme une aide ou un second témoin des informations recueillies auprès du patient ce qui renforcerait également sa participation. De ce fait, l'IESA reconnaît les rôles respectifs des personnes associées au traitement des patients et respecte leurs droits et devoirs, comme cela est décrit dans les compétences requises au CFS du HFR.

Une autre modification réalisable au niveau institutionnel est mise en avant par l'étude de Makary et al. (2006) et concerne la culture organisationnelle. Les habitudes déjà en place dans le bloc opératoire ainsi que la routine d'exécution des tâches font que certains soignants suivent le flux de travail sans se soucier de l'intérêt et du bien-fondé de ces tâches en y trouvant un évident confort. Or, l'IESA doit coopérer et coordonner dans l'organisation intra et

interprofessionnelle (compétence requise au CFS du HFR). Au HIB, quelques chirurgiens parmi les plus expérimentés ne demandent pas à ce que le *TTO* soit fait, et d'autres se contentent d'informations brèves (nom du patient et type d'intervention par exemple). L'IESA doit alors proposer au chirurgien de réaliser le *TTO* s'il n'est pas demandé avant l'incision et éventuellement le compléter s'il manque des items qui lui semblent importants pour la sécurité du patient. Ce devoir implique un savoir-être et de bonnes qualités de diplomate afin de ne pas entraver la collaboration interprofessionnelle.

Pour se faire une idée de l'application et de l'efficacité du *TTO*, il me paraît important de réaliser des mesures régulières au sein du bloc opératoire. Plusieurs études émettent l'idée de *debriefings* en équipe afin de réajuster les items ou la façon de réaliser le *TTO* dans le but de le rendre plus performant et plus adapté à la pratique de chaque professionnel. En parallèle de mon travail, au HIB, un délégué qualité a été engagé il y a peu de temps. Il effectua une mesure du remplissage et de la signature du *TTO* dans le bloc opératoire au mois de février 2017 puis en modifia la composition, notamment en nommant l'IESA en tant que témoin responsable de la signature et en ajoutant des items rendant la *CL* plus pertinente. Ces modifications ont été réalisées en accord avec les infirmiers cadres, les IESA, les médecins anesthésistes et les chirurgiens. Une seconde collecte des données a été réalisée au mois de Juin 2017 et les résultats de cette mesure ont montré une amélioration nette du taux de remplissage avec une conformité passant de 36% avant à 81% après l'implantation du nouveau format de *TTO* (annexe 5). Nous pouvons expliquer cette amélioration par une augmentation de l'implication des IESA rendus plus responsables mais aussi par une documentation plus claire notamment par rapport à la personne responsable de la signature qui était le chirurgien auparavant. L'IESA est donc bien le garant du dossier du patient et des documents de *CL* dans notre structure. Il tient la documentation à jour et s'acquitte de tâches administratives (compétence requise au CFS du HFR).

Dans cette partie, nous avons montré que l'IESA a un rôle à jouer pour assurer la sécurité du patient sans imposer des modifications institutionnelles. Ce rôle impose une connaissance de l'intérêt du *TTO*, une idée des tâches des différents acteurs, des qualités de diplomate, et un sens des responsabilités. Nous allons maintenant analyser les modifications potentiellement réalisables au niveau du personnel.

5.2. Les modifications potentiellement réalisables au niveau du personnel selon les études.

Les 4 études ont démontré que la perception du personnel vis-à-vis du *TTO* et de la sécurité du patient était un déterminant important pour leur implication et pour leur volonté de participation. Nous savons que la gestion des risques requiert l'implication de l'ensemble des acteurs. L'IESA

vérifie le déroulement des actions, l'affectation des ressources et la qualité de la coopération et de la coordination. Il a des tâches de formation et d'instruction, et doit agir comme un modèle. Son habitude à travailler en utilisant des « points de contrôle de sécurité » réguliers comme lorsqu'il prépare son plateau de médicaments ou son matériel de management des voies aériennes font qu'il adhère généralement au principe de contrôle du *TTO* afin de renforcer l'ensemble des barrières de sécurité mises en place. Son rôle est de transposer cette culture de la sécurité aux autres membres du personnel pour effectuer les vérifications systématiquement. De par ses compétences de *leader*, il aura la capacité à influencer, à motiver et à rendre les autres capables de contribuer à l'efficacité et au succès de la *CL*. Son investissement dans l'élaboration du *TTO* aboutira au fait que ce *briefing* ne sera pas perçu comme une intervention purement technique mais comme un élément indispensable pour la sécurité du patient et la communication interprofessionnelle. L'ATSSO pourrait par exemple être mis à contribution par l'IESA lors du *TTO* car ils sont tous les deux présents dès l'arrivée du patient dans le sas du bloc opératoire du HIB et sont tous les deux attentifs aux informations données par le patient. Une confirmation des informations sensibles pourrait être demandée par l'IESA à l'ATSSO ce qui renforcerait le nombre de barrières de sécurité et la participation des autres professionnels. Ensuite, le contexte hiérarchique présent dans l'établissement va influencer le niveau d'implication des soignants. Il existe des différences de statut, d'autorité, de genre, de formation et de responsabilité entre les différents acteurs qui peuvent entraîner des hésitations à s'exprimer face à un chirurgien. Néanmoins, l'IESA travaille sur délégation d'un médecin anesthésiste ou en collaboration avec lui. Il émet des propositions visant à améliorer la qualité, à prévenir les erreurs et à garantir une utilisation durable des ressources. Donc, en plus de son devoir d'offrir au patient des soins au plus haut degré de qualité et de sécurité, l'IESA doit agir sur la délégation du médecin anesthésiste alors que ce dernier n'est pas toujours présent lors du *TTO*. Sa responsabilité est d'autant plus engagée du fait de l'absence du médecin anesthésiste, et un manquement au niveau du *TTO* doit être signalé et complété, à la fois pour la sécurité du patient mais également pour la responsabilité juridique de toute l'équipe. La formation et l'expertise de l'IESA lui permettent de réduire les différences liées au contexte hiérarchique, et l'aident à s'exprimer pour que ces vérifications soient effectuées de manière optimale.

Les problèmes de communication et de travail d'équipe ont également été reportés dans l'étude de Bergs et al. (2015). Ceux-ci peuvent aboutir à des manquements lors du *TTO* et des omissions de certaines étapes, mettant en péril la sécurité des patients. Nous avons vu dans le cadre de référence que les TSO et ATSSO sont sensibilisés lors de leur formation à favoriser les échanges entre les différents acteurs et à améliorer les capacités relationnelles et organisationnelles. Ils sont formés à être réceptifs et une sensibilisation à la communication interprofessionnelle via le *TTO* devrait donc se faire facilement, car le prétexte serait d'améliorer

ensemble la qualité des soins et la sécurité du patient. Ceci améliorerait dans la même perspective le travail d'équipe. Les compétences individuelles deviendront des compétences collectives car la coopération assimile les deux notions de communication et de partage de savoirs. L'IESA y a encore une fois un rôle d'exemple en ayant une attitude réceptive et communicative, notamment en favorisant les boucles de communication qui inciteraient ses collègues à participer.

Les notions de « garde-fou » et « d'avocat du patient » inculquées au CFS du HFR prennent tout leur sens dans cette description des différents rôles de l'IESA. Sa responsabilité est grandissante du fait de son implication dans tous les processus permettant d'améliorer la sécurité du patient. De ce fait, le niveau de qualité des soins va être directement dépendant des compétences de l'IESA qui va le prendre en charge, ce qui va entraîner des variations inter individuelles de prise en charge. Il est donc important que toute l'équipe fonctionne de la même façon, d'où l'importance des *briefings* et *debriefings* d'équipe évoqués dans les quatre études qui ont pour but d'aligner les pratiques. Il n'existe pas de colloques pluridisciplinaires au HIB, un point d'amélioration indéniable serait à faire dans cette direction. Cependant, grâce aux analyses de pratique imposées dans la formation des étudiants en anesthésie, l'équipe d'anesthésie trouve un intérêt grandissant à la réalisation de discussions d'équipe avec l'objectif d'aligner les pratiques des IESA et de partager des expériences ou des connaissances. Peut-être aboutirons-nous à une planification de colloques d'anesthésie réguliers, voire même étendre ce concept à l'équipe pluridisciplinaire ?

5.3. Confrontation des résultats aux hypothèses de départ

Au début de mon travail, j'avais émis quatre hypothèses de départ :

- La première était que le *TTO* permet d'optimiser la sécurité du patient car il impose une communication pluridisciplinaire. Mon travail a totalement confirmé cette hypothèse. Le *TTO* est une stratégie qui a été intégrée à la procédure opératoire, pour fixer un temps de parole pluridisciplinaire avant que le chirurgien ne procède à l'incision. Ce temps de parole permet de récapituler les informations sur le patient et met en avant les difficultés potentielles que chaque soignant pourrait rencontrer lors de l'intervention dans le but de les anticiper au mieux. Ce briefing est une période d'échange qui permet de connaître les besoins de chaque soignant.
- La deuxième hypothèse supposait qu'il y avait des facteurs qui empêchaient les soignants de s'exprimer lors du *TTO*. Les résultats des études l'ont aussi clairement montré. Ces barrières ont de multiples origines, et l'IESA a un rôle d'exemple et de

supporter pour aider ses collègues à franchir ces obstacles. Ses connaissances et son expertise doivent lui permettre d'encourager toutes les interventions qui ont pour but d'optimiser la sécurité du patient.

- La troisième hypothèse était la suivante : « L'IESA, de par sa position hiérarchique est dans l'obligation de développer des stratégies pour faire appliquer un contrôle à un chirurgien. ». Le fait de s'exprimer avec diplomatie est un élément indéniable dans la communication hiérarchique. Mais il ne faut pas que cela entraîne des hésitations lorsqu'il s'agit de s'exprimer pour la sécurité du patient. L'IESA ne peut pas imposer un contrôle à un chirurgien, mais il peut lui soumettre des propositions. Il est important de rapporter tout refus du chirurgien auprès du médecin anesthésiste et de le consigner dans le dossier d'anesthésie pour une protection juridique.
- La dernière hypothèse supposait que ma propre implication en tant qu'IESA dans la pratique du *TTO* allait influencer le personnel avec lequel je travaille. Cette dernière idée est difficile à affirmer car elle est difficilement mesurable. Cependant certaines études parlent de *leaders* ou de « champions individuels » qui ont des capacités de meneurs et peuvent servir de stimulateurs ou d'exemples pour les collègues lors de la réalisation de la *CL*. L'IESA a tout à fait les compétences pour devenir ce *leader*.

5.4. Limites de la recherche

Il existe différentes limites à ma recherche :

- Le rôle de l'IESA est important lors du *TTO* au HIB. Néanmoins, en l'absence de directives institutionnelles établies, la volonté d'impliquer les autres soignants dans la réalisation du *TTO* sera variable en fonction de chaque IESA et de leur propre idée de l'intérêt de cette procédure. L'adhésion à la culture de la sécurité est un facteur important pour que les IESA aient la motivation de stimuler les autres membres du personnel.
- Mes recherches se sont limitées aux obstacles que peuvent rencontrer les soignants pour appliquer correctement la *CL*. Aucune étude n'exposait clairement le rôle de l'IESA lors de ce contrôle. Des déductions ont donc été faites lorsque j'ai confronté ces obstacles aux éléments de mon cadre de référence. Cela peut engendrer des biais potentiels pour mes résultats car il s'agit d'une interprétation du rôle.
- Il n'y a pas eu d'études concernant les implications juridiques qu'un manquement de *TTO* pourrait avoir pour chaque membre de l'équipe du bloc opératoire. Or, il aurait été intéressant d'avoir des données législatives sur ce sujet pour asseoir mes résultats sur le rôle des soignants lors du *TTO*.

5.5. Perspectives

Une perspective est déjà évoquée dans les limites de mon étude : il s'agirait de réaliser une recherche concernant les sanctions juridiques auxquelles les soignants pourraient s'exposer lors d'événements indésirables graves dus à un non-respect de *CL*. Cette recherche pourrait entraîner une prise de conscience supplémentaire de la part des soignants et donc une augmentation de leur implication.

Une seconde perspective a été mentionnée dans plusieurs études ainsi qu'à la fin de la discussion. Celle-ci met en exergue l'importance de briefings et debriefings en équipes pluridisciplinaires. Ces réunions d'équipe sont inexistantes au HIB et je suis persuadé qu'elles pourraient être un moteur pour l'amélioration de la communication interdisciplinaire et pour l'alignement des pratiques concernant la culture de la sécurité. Des évolutions sont déjà en route d'un point de vue institutionnel, et pour parfaire cela, un nouveau format de *TTO* pourrait être développé à l'aide de chaque membre du personnel pour que tout le monde y participe et s'y sente impliqué.

5. CONCLUSION

Le *TTO* est une nécessité qui permet d'éviter de nombreux accidents liés notamment à des problèmes de communication entre les acteurs de soin. Son non-respect met souvent en évidence des lacunes institutionnelles au niveau de l'implantation du *TTO* et un manque d'implication des soignants dans cette procédure.

Les résultats des études analysées mis en lien avec les éléments du cadre de référence ont permis de se représenter le rôle de l'IESA dans cette procédure sans lui imposer des limites fixes. Son propre jugement de la situation doit lui faire reconnaître s'il faut agir ou non lorsqu'il sent la sécurité du patient menacée, sans pour autant stopper l'intervention programmée. Pour cela, il est important qu'il adhère à la culture de la sécurité et qu'il sache faire passer des messages avec diplomatie. Il possède des soutiens comme l'ATSSO ou le TSO qui peuvent l'épauler dans sa démarche ainsi que le médecin anesthésiste qui reste avant tout une personne de référence.

Les évolutions institutionnelles sur ce sujet au sein du HIB et la perspective d'amélioration du *TTO* et de la *CL* en général tendent à augmenter l'implication de l'IESA et des autres soignants dans cette procédure.

Le *TTO* est tiré des *CL* de l'aviation et pour continuer à faire un parallèle avec le domaine de l'aéronautique, nous pouvons dire que l'IESA est un copilote du chirurgien et du médecin anesthésiste, qui est attentif et saura mettre les mains sur les commandes lorsque la direction ne sera pas bonne afin de réajuster la trajectoire vers la sécurité maximale du patient. Un travail de l'ombre parfois peu reconnu, mais qui demeure indispensable pour le bien-être du patient.

Ce travail m'a permis de développer un regard critique sur les articles scientifiques tout comme sur les informations apportées dans la vie quotidienne. J'ai pu me familiariser avec la méthodologie nécessaire à un travail de recherche et aussi améliorer ma pratique de l'anglais notamment avec les termes spécifiques au domaine médical.

D'un point de vue professionnel, ce travail m'a aidé à me positionner face aux barrières hiérarchiques lorsque j'estime que des éléments concernant la sécurité du patient peuvent être améliorés. Désormais, avant que l'intervention ne débute, je n'ai plus d'hésitations à demander au chirurgien la réalisation d'un *TTO* si celui-ci n'est pas fait. Je complète aussi ce contrôle lorsque des informations qui me semblent importantes ne sont pas évoquées. J'implique régulièrement les ATSSO en leur demandant s'ils confirment l'exactitude des informations citées.

J'ai pu mettre en avant, grâce à cette recherche, l'importance d'une pratique infirmière fondée sur des données probantes. Il faut faire évoluer nos réflexions et nos actions en se tenant constamment informé sur l'évolution de nos pratiques.

6. LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bergs, J., Lambrechts F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., ...Vandijck, D. (2015). Barriers and Facilitators Related to the Implementation of Surgical Safety Checklists : A Systematic Review of the Qualitative Evidence. *BMJ Quality & Safety* 24, no. 12 : 776–86. Doi :10.1136/bmjqs-2015-004021
- Centre de formation des soins de l'hôpital fribourgeois. (2016). Cours théorique sur le *leadership* dans son activité d'expert. Repéré à <http://form-soins.h-fr.ch/fr/contenu-epd-es/support-de-cours/proc-2-3-4.html>
- Centre de formation des soins de l'hôpital fribourgeois. (2016). Grille d'évaluation des compétences SA. Repéré à <http://form-soins.h-fr.ch/fr/contenu-epd-es/form-pratique/anesthesie.html>
- Centre d'information des professions santé – social. (2014). Technicien-ne en salle d'opération. Repéré à <http://www.cips.ch/professions-sante/36/technicien-ne-en-salle-d-operation>
- Collaboration. (S.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137?q=collaboration#17010>
- Fédération Suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes. (2017). Profil professionnel de l'expert en soins d'anesthésie dipl. EPD ES. Repéré à <http://www.sigafsia.ch/fr/beruf/berufsbild.html>
- Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L. & Minvielle, E. (2012). Barriers to Staff Adoption of a Surgical Safety Checklist. *BMJ Quality & Safety* 21, no. 3 : 191–97. Doi :10.1136/bmjqs-2011-000094
- Haute Autorité de Santé (2015). Certification des établissements de santé. Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire [Brochure]. (S.e.).
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A.-H., ...Gawande, A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* 360, no. 5 : 491–99. Doi :10.1056/NEJMsa0810119
- Le Boterf, G. (2006). *Construire Les Compétences Individuelles et Collectives*. Repéré à <http://www.eyrolles.com/Chapitres/9782212562255/9782212562255.pdf>
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., G. Baker, R., ...Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)* 143, no. 1: 12–17; discussion 18. doi:10.1001/archsurg.2007.21

- Makary, M., Mukherjee, A., Sexton, B., Syin, D., Goodrich, E., ...Pronovost, P. (2007). Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. *Journal of the American College of Surgeons* 204, no. 2: 236–43. Doi :10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018
- Makary, M., Sexton, B., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, A., Rowen L. & Pronovost P. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons* 202, no. 5 : 746–52. Doi : 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Portail Suisse d'information de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière. (S.d.). Assistant technique spécialisé / Assistante technique spécialisée en salle d'opération. Repéré à <https://www.orientation.ch/dyn/show/2886?id=20420>
- Porter, A., Narimasu, J., Mulroy, M. & Koehler, R. (2017). Sustainable, Effective Implementation of a Surgical Preprocedural Checklist : An 'attestation' format for All Operating Team Members. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 40, no. 1 : 3–9.
- Qualité Des Soins. (S.d.). Définition - Santé Publique. Repéré à <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
- Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *BMJ : British Medical Journal* 320, no. 7237 : 768–70.
- Responsabilité. (S.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>
- Risque. (S.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>
- Setbon, M. (2000). La Qualité Des Soins, Nouveau Paradigme de L'action Collective ? *Sociologie Du Travail* 42, no. 1 : 51–68. Doi :10.1016/S0038-0296(00)00107-2
- Technicien, Technicienne (S.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/technicien_technicienne/76941
- World Health Organization. (2008). The second global patient safety challenge : safe surgery saves lives [Brochure]. (S. e.).
- Zeynep, O. & Com-Ruelle, L. (2013). La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *Journal d'économie médicale* me 26, no. 6 : 371–85.

7. ANNEXES

Plan des annexes :

- Annexe 1 : Première édition de la *Surgical Safety Check-list* de l'OMS.
- Annexe 2 : *Check-list* originale du HIB, mise en place en 2009.
- Annexe 3 : Grilles d'analyse des articles retenus.
- Annexe 4 : Tableaux classifiant les résultats des études.
- Annexe 5 : Nouveau format de *CL* au HIB (2017) et résultats de l'étude réalisée au HIB par le contrôleur qualité sur le taux de conformité de remplissage de la *CL* : mesure réalisée avant et après implantation du nouveau format de *CL*.

HIB	HIB-CHLT-PREST-Infirmiers-005 Bloc opératoire Checkliste avant intervention chirurgicale	Créé le : 12/05/2009 Version n° : 1.0 Page : 1/2
------------	--	--

avant bloc opératoire

Etiquette Patient

1. IDENTIFICATION PATIENT

Identité du patient + pose du bracelet + dossier

Type d'intervention

Date Identité

Infirmière :

STOP En cas de discordance

interne bloc opératoire

2. VERIFICATION DU SITE OPERATOIRE

Identité du patient

Type d'intervention

Date Identité

Médecin :

Marquage du site opératoire oui
 non → Raison : _____

STOP Pas de prémédication sans marquage (sauf exception*)

interne bloc opératoire

3. ATTRIBUTION DE LA SALLE D'OPERATION CORRECTE

Identité du patient

Type d'intervention

Date Identité

Marquage oui
 non

Inf. anesth. (ASSO si anesthésie locale)

Salle d'opération

STOP Pas d'anesthésie sans marquage (sauf exception*)

interne bloc opératoire

4. TEAM TIME OUT AVANT INCISION

Identité du patient

Type d'intervention

Date Identité

Opérateur :

Site opératoire

Etape non réalisable Raison : _____

STOP Pas d'incision en cas de discordance

*** Exceptions :** interventions sur des organes uniques (cœur, utérus, etc.), endoscopies, césariennes.



2130

« Selon document du HEC »

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
 McMaster University

REFERENCE

● Bergs, J., Lambrechts F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., ...Vandijck, D. (2015). Barriers and Facilitators Related to the Implementation of Surgical Safety Checklists: A Systematic Review of the Qualitative Evidence. *BMJ Quality & Safety* 24, no. 12: 776–86. doi:10.1136/bmjqs-2015-004021

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ETUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez l'objectif de l'étude ou la question de recherche</p> <p>Obtenir une meilleure compréhension des barrières liées aux utilisateurs et des facilitateurs pour la mise en place de la CL.</p>
<p>LITTERATURE</p> <p>La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez la justification de la pertinence de l'étude (NdTraductrice : selon l'(les) auteurs(s)). Est-ce qu'elle est claire ?</p> <p>L'utilisation de la CL est associée à une amélioration de la sécurité des patients, en optimisant la communication et en réduisant le nombre de complications post opératoires. Cependant le succès de la CL est variable. En effet, seule une utilisation correcte de cette dernière saura assurer une sécurité optimale aux patients. La façon d'utiliser la CL est directement dépendante de la manière dont elle a été implémentée dans les services. C'est une intervention sociale complexe à mettre en place. Il existe différents facteurs influençant son utilisation. C'est pourquoi les auteurs créent une revue des barrières et des facilitateurs liés à son implémentation.</p> <p>Oui, il y a 94 références citées qui viennent d'articles scientifiques mondialement connus dans le domaine médical.</p>
	<p>Comment l'étude s'applique-t-elle à votre pratique ? Vaut-il la peine de continuer ?</p> <p>L'étude est applicable à ma pratique dans le sens où elle fait la synthèse de différentes études réalisées dans des blocs opératoires du monde entier pour en faire émerger les facteurs empêchant ou facilitant l'utilisation de la CL. Plusieurs de ces facteurs sont identiques à la réalité du terrain au bloc opératoire du HIB.</p>
<p>DESIGN DE L'ETUDE</p> <p>Quel était le design (méthodologie) utilisé ?</p>	<p>Le design était-il approprié par rapport la question posée ? Explication(s)</p> <p>C'est une synthèse thématique tirée d'études ethnographiques (étude descriptive et analytique, sur le terrain, des mœurs et des coutumes de populations déterminées).</p>

<input type="checkbox"/> Phénoménologie <input type="checkbox"/> <u>Ethnographie</u> <input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory) <input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre	<p>Le but est de mieux comprendre les barrières et les facilitateurs liés aux utilisateurs pour la mise en place de la <i>CL</i>. Le moyen est bon dans le sens où il regroupe diverses études qui ont évalué les moeurs et coutumes des soignants au bloc opératoire.</p>
<p>Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez la perspective théorique ou philosophique de cette étude, par exemple la perspective du chercheur/de la chercheuse</p> <p>La perspective théorique est de montrer que les contrôles de sécurité requis au bloc opératoire perturbent les routines du personnel de la salle d'opération si ceux-ci ne sont pas implantés de façon adéquate et leur intérêt n'est par conséquent pas bien compris ce qui engendre une mauvaise application de ces contrôles.</p>
<p>Les méthodes de recueil des données utilisées sont :</p> <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> <u>Analyse de documents</u> <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> Autre	<p>Décrivez les méthodes de recueil des données utilisées pour répondre à la question de recherche. Est-ce que les méthodes sont cohérentes par rapport à la perspective théorique/philosophique ?</p> <p>La recherche a été réalisée sur MEDLINE avec les termes ("Surgical Procedures, Operative"[Mesh] OR "surgical" OR "surgery" OR "operative") AND ("checklist"[MeSH] OR "checklist" OR "time-out") AND ("fidelity" OR "implementation" OR "adherence" OR "compliance" OR "barriers" OR "facilitators" OR "incentives").</p> <p>Ceci est cohérent avec la perspective théorique car ces termes englobent le contexte dans lequel la recherche se fait.</p>
<p>ECHANTILLONAGE</p> <p>Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'échantillonnage utilisées. Est-elle/sont-elles appropriée/s vis-à-vis de l'objectif de l'étude ou la question de recherche ?</p> <p>Seules les études empiriques ayant une description de la stratégie d'échantillonnage, la collecte de données Les procédures et le type d'analyse des données ont été inclus. Ces études empiriques ont dû signaler la méthodologie choisie et les méthodes ou techniques de recherche opérées, car cela facilite l'utilisation systématique de l'évaluation critique ainsi qu'un processus d'évaluation plus pragmatique. Par conséquent, les articles descriptifs, les éditoriaux et les documents d'opinion qui ne reposaient pas sur des expériences réelles liées à la mise en œuvre des <i>CL</i> ont été exclus.</p> <p>Un formulaire d'extraction des données a été développé en cataloguant l'auteur, l'année de publication, le journal, la méthode de collecte de données, les phénomènes d'intérêts, l'établissement d'étude, le pays d'étude, l'analyse de données et les principales conclusions.</p> <p>La stratégie de recherche a donné 535 articles. Le dépistage de résumés non concluants a entraîné le retrait de la majeure partie de ces 535 articles, puis l'examen du texte intégral a permis de garder 18 études au total qui impliquent 700 professionnels de santé.</p>

	La méthode d'échantillonnage est appropriée vis-à-vis de l'objectif de l'étude.
<p>Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été observées) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u></p>	<p>Les participants sont-ils décrits de manière suffisamment détaillée ? Cet échantillon s'applique-t-il par rapport à votre pratique ou convient-il à votre question de recherche ? Vaut-il la peine de continuer ?</p> <p>Une représentation adéquate des participants et leurs opinions n'ont pas été fournies dans cinq études.</p> <p>Chaque étude utilisée n'est pas présentée, donc nous n'avons pas le détail exact des participants. Mais à la vue du nombre d'études utilisé, l'échantillon est suffisamment représentatif pour s'appliquer à ma pratique.</p>
<p>Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u></p>	L'étude ne concerne pas le patient directement, donc le consentement n'est pas nécessaire.
<p>RECUEIL DES DONNEES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>(NdTraductrice : contexte) des participants :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non</u></p> <p>Rôle du chercheur & relation avec participants :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Identification des hypothèses</p>	<p>Décrivez le contexte de l'étude. Est-il suffisamment décrit pour comprendre « the whole picture » ?</p> <p>Le contexte est suffisamment décrit car celui-ci se situe quelques années après l'implantation de la CL dans les blocs opératoires et présente la réalité complexe dans laquelle la CL doit être appliquée.</p> <p>Que manque-t-il et comment cela influence-t-il votre compréhension de l'étude ?</p> <p>Les auteurs expriment certaines limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seule une base de données électronique a été consultée (Medline) - L'évaluation de la qualité des études incluses reste controversée dans les examens qualitatifs. Le QARI a été sélectionné car il est désigné comme l'instrument le plus cohérent pour évaluer la validité de la recherche qualitative. - Cette revue spécifie une liste de thèmes qui influent sur la mise en œuvre de la CL mais ne spécifient pas les interactions entre eux. <p>Le rôle du chercheur est présenté mais pas sa relation avec les participants car il n'était pas directement confronté aux participants.</p>

<p>(NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Les hypothèses sont identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des changements liés à l'utilisateur sont nécessaires pour conduire la CL comme prévu. - Il y a des facteurs affectant les changements liés à l'utilisateur.
<p>Rigueur procédurale</p> <p>La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les informations nécessaires sont-elles fournies par rapport à la récolte des données, par exemple l'accès au terrain, les notes de terrain, la formation des assistants de recherche. Décrivez les éventuelles « flexibilités » (NdTraductrice adaptations) dans le design et les méthodes de récolte des données.</p> <p>Les informations concernant le recueil des données sont fournies. Ce sont les critères de recherche sur la base de données <i>Medline</i> cités auparavant. Un formulaire d'extraction des données a été développé en cataloguant l'auteur, l'année de publication, le journal, la méthode de collection des données, le phénomène d'intérêt, le type d'étude, le pays d'étude, l'analyse des données et les conclusions.</p> <p>Les éventuelles flexibilités dans la méthode seraient que les articles ont été pré-sélectionnés suivant des critères très précis ce qui a entraîné une grande réduction du nombre total de documents participants. Mais ceci a été réalisé dans le but d'avoir des études fiables et utilisables.</p>
<p>ANALYSES DES DONNEES</p> <p>Rigueur analytique L'analyse des données est-elle inductive ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas Présenté</p> <p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'analyse des données. Est-elle/Sont-elles appropriée(s) ? Quels sont les résultats ?</p> <p>La méthode d'analyse des données s'est faite selon les 2 thèmes présentés dans les hypothèses :</p> <p>1) Des changements liés à l'utilisateur sont nécessaires pour conduire la check-list comme prévu.</p> <p>2) Il y a des facteurs affectant les changements liés à l'utilisateur.</p> <p>L'analyse est inductive car des thèmes principaux ont émergés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La perception des soignants vis-à-vis de la check-list et de la sécurité des patients (1) - Les ajustements dans le flux de travail (1) - La check-list (2) - Le processus d'implantation (2) - Le contexte local (2)
<p>Contrôlabilité (Auditability)</p> <p>La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p>	<p>Décrivez les décisions prises par les chercheurs par rapport à la transformation des données en codes/thèmes. Présentez la justification pour le développement des thèmes.</p> <p>L'analyse thématique a trois étapes : (a) codage ligne par ligne des résultats des études primaires pour extraire les concepts clés, (b) organisation de ces concepts clés dans des domaines connexes pour construire des thèmes « descriptifs » qui ont constitué l'épine</p>

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ? <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	dorsale de la structure de l'analyse et (c) le développement de thèmes « analytiques » basés sur la synthèse des expériences et des recommandations des auteurs des articles originaux. Le logiciel NVivo 10 de QSR International a été utilisé pour organiser les codes dans des structures hiérarchiques. Le texte de chaque étude incluse (résultats et section de discussion) a été importé dans le logiciel textuellement. L'un des auteurs a développé un ensemble de codes descriptifs de façon inductive en codant chaque ligne du texte de toutes les études incluses. Ils ont cherché des similitudes et des différences entre les codes afin de commencer à les regrouper hiérarchiquement, et de nouveaux codes ont été créés pour cataloguer la signification des groupes de codes initiaux. Ce processus a abouti à un arbre structuré avec plusieurs couches afin d'organiser les thèmes descriptifs. Les groupes ont ensuite été affinés par la discussion et la re vérification des études originales. Les projets successifs d'un récit qui ont décrit les thèmes observés dans les résultats ont ensuite été discutés par le groupe d'étude plus large et affinés. Toutes les étapes du processus ont été vérifiées par divers experts (un psychologue organisationnel, des spécialistes de la culture de la sécurité et des experts en sécurité des patients) afin d'assurer l'exactitude et le contrôle du biais dans l'analyse.
---	--

Connections théoriques Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ? <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	Comment les concepts étudiés sont-ils clarifiés et affinés et les relations analysées ? Décrivez le cadre conceptuel qui émerge ? Les caractéristiques de la <i>CL</i> (p. Ex., Longueur, mise en page, conception et contenu) sont importantes. Le contenu de la <i>CL</i> doit être étayé par des preuves scientifiques et écrit en mots clairs et compréhensibles de préférence intégré dans les processus existants. La <i>CL</i> doit refléter précisément l'opération prévue sans créer d'ambiguïté ou de confusion. La <i>CL</i> et ses éléments doivent être pertinents pour le paramètre appliqué. L'exportation d'une <i>CL</i> dans des situations dans lesquelles elle n'était pas destinée à être utilisée peut entraver une nouvelle mise en œuvre de la <i>CL</i> . Les obstacles découlant de la <i>CL</i> s'appliquent non seulement au contenu mais aussi à la propriété psychologique. Les médecins et les infirmières doivent se sentir comme si la <i>CL</i> est devenue une partie ou une extension de leur identité. En d'autres termes, ils doivent penser que c'est « le mien » ou le « notre » . Encore mieux, c'est la propriété psychologique
--	--

	collective, l'ensemble du personnel de la salle d'opération sent que la CL fait partie d'eux et de leur travail. Le processus de mise en œuvre lui-même peut servir de barrière et donc créer de l'aversion.
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Transférabilité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non</u></p> <p>Fiabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Confirmation</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Pour chaque critère de rigueur, identifiez les éléments amenés par le chercheur pour le garantir.</p> <p>1. Crédibilité : Une approche prometteuse pour faire face aux difficultés associées à l'évolution des routines peut être trouvée dans l'apprentissage en équipe. Les implémenteurs ont réussi à utiliser les inscriptions pour motiver l'équipe, ils ont conçu des séances d'essais préparatoires et des essais préliminaires pour créer une sécurité psychologique (c-à-d. une croyance partagée que l'équipe est en toute sécurité face à la prise de risque interpersonnelle). Ils ont encouragé de nouveaux comportements, favorisé la connaissance partagée et l'amélioration des processus grâce à des pratiques réfléchies.</p> <p>2. Transférabilité : il s'agit du premier aperçu de la recherche qualitative sur les barrières et des facteurs facilitant la mise en œuvre des CL selon les auteurs.</p> <p>3. Fiabilité : Les résultats de cette étude présentent les obstacles et les facilitateurs qui ont un rôle important lors de la mise en œuvre de nombreuses initiatives de sécurité des patients dans les soins de santé et, par conséquent, présentent une opportunité d'apprentissage précieuse. De plus, l'utilisation de la synthèse thématique a permis la synthèse des résultats d'études hétérogènes.</p> <p>4. Confirmation : La mise en œuvre est beaucoup plus complexe que de trouver les obstacles et les facilitateurs abordés dans cette revue. La mise en œuvre est un processus en constante évolution et elle peut ainsi créer un environnement entièrement nouveau. Par conséquent, il ne suffit pas d'avoir une liste d'obstacles et de facteurs facilitants : nous devons également faire face à l'interaction entre eux.</p> <p>Quel sens et quelle pertinence cette étude a-t-elle vis-à-vis de votre pratique ou votre question de recherche ?</p> <p>Cette étude me permet de mettre en exergue les barrières potentielles que peuvent rencontrer les différents soignants au bloc opératoire lorsqu'il s'agit de participer ou de s'impliquer lors du TTO. Ainsi, l'IESA pourra développer des stratégies pour aider les soignants à surpasser ces barrières.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles sont les implications pour la pratique professionnelle ? Quelles sont les principales limites de l'étude ?</p> <p>La mise en œuvre d'une CL nécessite des changements structurels dans le flux de travail du personnel, ainsi que dans leur perception de la CL et de la sécurité des patients en général. Les changements requis sont entravés ou avancés par trois facteurs principaux : la CL elle-même, le processus de mise en œuvre et le contexte local. Cependant, la réalité complexe dans laquelle la CL est implémentée nécessite une approche qui comprend plus que de se débarrasser</p>

<p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>des barrières et de soutenir les facteurs facilitants. Les responsables de la mise en œuvre doivent faciliter l'apprentissage en équipe afin de favoriser la compréhension mutuelle des perspectives et de la motivation et l'adaptation des routines existantes.</p>
--	--

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

REFERENCE

- Makary, M., Sexton, B., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, A., Rowen L. & Pronovost P. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons* 202, no. 5: 746–52. Doi :10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ETUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez l'objectif de l'étude ou la question de recherche</p> <p>L'objectif est d'analyser la différence de perception de la qualité de la collaboration et de la communication entre les différents soignants au bloc opératoire via un questionnaire permettant de mesurer le travail d'équipe dans un bloc opératoire. Ce questionnaire a été développé et validé par les auteurs de l'étude.</p>
<p>LITTERATURE</p> <p>La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez la justification de la pertinence de l'étude (NdTraductrice : selon l'(les) auteurs(s)). Est-ce qu'elle est claire ?</p> <p>L'étude est pertinente car on sait que les erreurs de communication sont la cause la plus fréquente des opérations erronées aux Etats-Unis. Les efforts pour optimiser la sécurité du patient via l'amélioration du travail d'équipe au bloc opératoire sont grandissants mais il n'existe pas d'outil pour mesurer scientifiquement cette collaboration.</p> <p>28 références ont été citées au total qui viennent de revue de littérature mondialement reconnues (par exemple le <i>New England Journal of medicine</i>).</p>
<p>DESIGN DE L'ETUDE</p>	<p>Comment l'étude s'applique-t-elle à votre pratique ? Vaut-il la peine de continuer ?¹</p> <p>Elle est applicable à ma pratique car le groupe de personnes interrogée est le même que le groupe de personnes concernées par une intervention chirurgicale dans l'établissement où j'exerce (chirurgien, médecin anesthésiste, technicien de salle d'opération, infirmier anesthésiste et infirmière de salle d'opération).</p> <p>Selon ma propre perception, la collaboration interprofessionnelle n'est pas optimale au bloc opératoire du HIB.</p>
<p>DESIGN DE L'ETUDE</p>	<p>Le design était-il approprié par rapport la question posée ? Explication(s).</p>

¹ Au cours de l'évaluation de la qualité d'un écrit scientifique, vous passez par des points stratégiques où vous devez vous demander si la recherche est applicable à votre pratique et/ou question clinique. Si la réponse est négative, vous « devez » en conclure qu'il n'est pas utile de continuer à évaluer l'article.

<p>Quel était le design (méthodologie) utilisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Phénoménologie</u> <input type="checkbox"/> Ethnographie <input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory) <input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre 	<p>Oui, chaque personne a été interrogée en leur demandant de noter leur propre perception de la communication avec chaque membre présent en salle d'opération.</p> <p>Ainsi, l'expérience vécue par chaque sujet est directement exprimée et retranscrite sans influence extérieure.</p>
<p>Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non 	<p>Décrivez la perspective théorique ou philosophique de cette étude, par exemple la perspective du chercheur/de la chercheuse</p> <p>La perspective du chercheur est d'utiliser un outil sous forme de questionnaire (Safety Attitude Questionnaire) afin de mesurer le travail d'équipe et d'identifier les problèmes de communication entre les différents acteurs au bloc opératoire dans le but de les corriger et d'améliorer la sécurité du patient.</p>
<p>Les méthodes de recueil des données utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Analyse de documents <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> <u>Autre : Questionnaire confidentiel.</u> 	<p>Décrivez les méthodes de recueil des données utilisées pour répondre à la question de recherche. Est-ce que les méthodes sont cohérentes par rapport à la perspective théorique/philosophique ?</p> <p>La méthode est un questionnaire confidentiel distribué à chaque personne avec l'anonymat préservé. Aucune influence extérieure n'était possible, ainsi chaque soignant exprimait sa réelle perception de la communication interprofessionnelle.</p> <p>La méthode est donc cohérente avec la perspective théorique.</p>
<p>ECHANTILLONAGE</p> <p>Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non 	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'échantillonnage utilisées. Est-elle/sont-elles appropriée/s vis-à-vis de l'objectif de l'étude ou la question de recherche ?</p> <p>Recueil dans 60 hôpitaux de 16 Etats en 2 mois en 2004. Personne n'a été exclu dans les soignants présents au bloc opératoire (chirurgien, médecin anesthésiste, technicien de salle d'opération, infirmier anesthésiste et infirmière de salle d'opération) afin d'avoir des échantillons hautement représentatifs dans chaque structure.</p> <p>La méthode est appropriée car plusieurs hôpitaux sont représentés. Des structures ayant des fonctionnements différents seront incluses dans l'étude ce qui reflétera la perception des soignants travaillant dans diverses conditions.</p>
<p>Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été</p>	<p>Les participants sont-ils décrits de manière suffisamment détaillée ? Cet échantillon s'applique-t-il par rapport à votre pratique ou convient-il à votre question de recherche ? Vaut-il la peine de continuer ?</p> <p>Tous les soignants ont été inclus, aucun tri n'a été effectué.</p>

<p>observées) ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>2769 questionnaires ont été distribués (222 chirurgiens, 1058 infirmiers de bloc opératoire, 564 techniciens chirurgicaux, 170 médecins anesthésistes et 121 infirmiers anesthésistes) et 2135 sont revenus pour l'analyse (77.1% de réponses).</p> <p>Les répondants avaient 43 ans en moyenne avec 10 ans d'expérience dans leur hôpital.</p>
<p>Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u></p>	<p>Non présenté, mais il n'y avait pas besoin de consentement, car le questionnaire n'était pas obligatoire et complètement anonyme.</p>
<p>RECUEIL DES DONNEES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Contexte des participants :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Rôle du chercheur & relation avec participants :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Identification des hypothèses (NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez le contexte de l'étude. Est-il suffisamment décrit pour comprendre « the whole picture » ?</p> <p>Les hôpitaux sélectionnés sont des structures dont le but n'est pas de faire du profit (Catholic health system) donc l'intensité, la charge de travail et le besoin d'efficacité ne sont peut-être pas similaires à ceux d'une structure privée.</p> <p>Le principe du questionnaire est que les personnes le remplissant n'ont pas de pression et peuvent prendre le temps nécessaire pour le remplir. Les personnes interrogées avaient en moyenne 10 années d'expérience dans leur hôpital ce qui montre qu'elles avaient une bonne idée de leurs relations avec les autres soignants.</p> <p>Que manque-t-il et comment cela influence-t-il votre compréhension de l'étude ?</p> <p>La proportion d'infirmiers anesthésistes à avoir répondu est la plus faible de toutes les spécialités représentées (121 sur 2135 questionnaires) et ce sont ceux qui ont le moins répondu dans leur spécialité (67% des infirmiers anesthésistes ont répondu). Cela influence la compréhension de l'étude dans le sens où le nombre d'infirmier anesthésistes ayant répondu n'est pas proportionnel au nombre de chaque autre spécialité ayant répondu. Nous pouvons nous exposer à une sous ou sur estimation potentielle.</p> <p>Il y a également des limites : La perception de la communication peut varier à n'importe quel moment et peut être influencée par des événements aigus.</p> <p>Des outils sont peut-être déjà mis en place dans les hôpitaux et ceux-ci peuvent déjà influencer la perception de la communication (TTO)</p>
<p>Rigueur procédurale</p> <p>La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p>	<p>Les informations nécessaires sont-elles fournies par rapport à la récolte des données, par exemple l'accès au terrain, les notes de terrain, la formation des assistants de recherche. Décrivez les éventuelles « flexibilités » (NdTraductrice adaptations) dans le design et les méthodes de récolte des données.</p> <p>La récolte des données s'est faite par enveloppe scellée de manière confidentielle. Le questionnaire a été distribué à tous les soignants</p>

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>de chaque structure. Ils n'avaient aucune obligation d'y répondre.</p> <p>La question posée était « Décrivez la qualité de la communication et de la collaboration dont vous avez expérience avec : vos confrères, les chirurgiens, les médecins anesthésistes, les techniciens chirurgicaux, les infirmiers anesthésistes et les infirmiers de bloc opératoire. » En notant cette qualité de 1 à 5 : 1 étant très basse et 5 étant très haute.</p>
<p>ANALYSES DES DONNEES</p> <p>Rigueur analytique L'analyse des données est-elle inductive ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas Présenté <p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'analyse des données. Est-elle/Sont-elles appropriée(s) ? Quels sont les résultats ?</p> <p>L'analyse des statistiques a été faite par la méthode ANOVA (analyse de la variance) qui est un test statistique permettant de vérifier que plusieurs échantillons sont issus d'une même population.</p> <p>Les données ont été relevées par spécialité soignante (chirurgien, médecin anesthésiste, technicien de salle d'opération, infirmier anesthésiste et infirmière de salle d'opération) car chaque soignant a évalué son travail d'équipe avec chaque collègue.</p>
<p>Contrôlabilité (Auditability)</p> <p>La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u> <p>Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u>	<p>Décrivez les décisions prises par les chercheurs par rapport à la transformation des données en codes/thèmes. Présentez la justification pour le développement des thèmes.</p> <p>Les concepts étudiés montrent que les chirurgiens et les médecins anesthésistes ont noté le travail d'équipe avec les membres de leur propre discipline au plus haut alors qu'ils ont reçu les plus mauvaises notes des autres disciplines.</p> <p>Les infirmiers anesthésistes ont donné la plus mauvaise note aux chirurgiens concernant leur collaboration (3.72/5 en moyenne). Les infirmiers anesthésistes ont le sentiment que les chirurgiens ne collaborent pas bien avec eux. A l'inverse, les chirurgiens ont donné la note de 4.37 aux infirmiers anesthésistes.</p> <p>Ces différences de perception soulignent les problèmes dans le travail d'équipe et la barrière méthodologique pour regrouper les évaluations de ce travail d'équipe. Cela pourrait résulter de différences fondamentales et de longue durée entre les infirmières et les médecins, y compris le statut, l'autorité, le genre, la formation et les responsabilités en matière de soins aux patients</p>

<p>Connections théoriques</p> <p>Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les concepts étudiés sont-ils clarifiés et affinés et les relations analysées ? Décrivez le cadre conceptuel qui émerge ?</p> <p>De bons comportements dans le travail d'équipe peuvent mener à de meilleurs résultats concernant la sécurité du patient. Le parallèle est fait avec l'industrie de l'aviation où le travail d'équipe a amélioré les performances.</p> <p>Les hésitations du personnel à s'exprimer quant à la sécurité du patient est une part importante à corriger pour la sécurité en salle d'opération. La hiérarchie traditionnelle en chirurgie est une des causes évoquées. Il y a également des barrières sociales et économiques.</p> <p>Au final, le but de la culture de sécurité est d'encourager n'importe quel membre de l'équipe opératoire de s'exprimer s'il sent que la sécurité du patient n'est pas optimale.</p> <p>Le second but est de promouvoir un environnement de travail positif qui améliorerait le travail d'équipe et la satisfaction des soignants.</p>
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Transférabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fiabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Confirmation</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Pour chaque critère de rigueur, identifiez les éléments amenés par le chercheur pour le garantir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crédibilité : La <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> proposa en 2007 la mesure de la culture dans les hôpitaux, en citant cette culture comme un élément important pour un système hospitalier. Donc les hôpitaux se sont mis à rechercher un outil de mesure scientifique pour évaluer la culture dans leur structure. Le SAQ est un outil validé pour cela. - Transférabilité : Le questionnaire « Safety Attitude » peut être utilisé dans n'importe quelle structure car les mêmes catégories de soignants y sont présentes et les questions sont simples sous forme d'échelle. - Fiabilité : les résultats du SAQ vont tous dans le même sens. Il y a 2 entités claires qui se distinguent : le côté médical qui a une bonne perception du travail d'équipe avec toutes les professions et le côté infirmier qui a une perception du travail d'équipe médiocre concernant leur collaboration avec les médecins. - Confirmation : Les résultats du SAQ ont uniquement une valeur informative et ne sont utiles que s'il y a une réponse à ces informations. Les auteurs proposent des stratégies comme des briefings et debriefings qui ont pour but de diminuer les différences de perception dans le travail d'équipe. <p>Quel sens et quelle pertinence cette étude a-t-elle vis-à-vis de votre pratique ou votre question de recherche ?</p> <p>Cette recherche a un sens dans la mesure où nous observons que les infirmiers anesthésistes et les autres soignants non médecins ont une mauvaise perception de leur travail d'équipe avec les chirurgiens, alors que les chirurgiens eux, estiment que leur travail d'équipe est optimal avec toutes les spécialités. Au HIB, ce sont les chirurgiens qui demandent le <i>TTO</i> et l'infirmier anesthésiste confirme « simplement » les données. Si le <i>TTO</i> n'est pas demandé, rien ne</p>

	<p>se passe et ce dernier n'est donc pas fait.</p> <p>Le lien avec ma question clinique est de savoir quelle est la position de l'infirmier anesthésiste vis-à-vis des autres soignants. Il est aussi important de connaître la perception du travail d'équipe du point de vue de l'infirmier de bloc opératoire et du technicien chirurgical pour trouver des solutions aux raisons de leur non implication lors du <i>TTO</i> au HIB.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles sont les implications pour la pratique professionnelle ? Quelles sont les principales limites de l'étude ?</p> <p>Les conclusions de cette étude sont que le travail d'équipe peut être mesuré grâce à ce questionnaire mais que cela n'a un sens que s'il y a des réponses à ces interventions. Pour cela, les auteurs suggèrent de réaliser des briefings et débriefings en salle d'opération dans le but de diminuer les différences de perception du travail d'équipe entre les multiples soignants.</p> <p>Le travail d'équipe est un composant important de la sécurité du patient et ces recherches sont un point de départ d'études additionnelles qui pourront améliorer la culture interprofessionnelle dans le bloc opératoire (supprimer les barrières sociales entre les membres de l'équipe).</p> <p>Les implications pour la pratique professionnelle sont qu'il faudrait aménager du temps pour les <i>briefings</i> et <i>debriefings</i> d'équipe. Les auteurs encouragent les équipes à réaliser une discussion brève lors du <i>TTO</i> pour revoir les noms et rôles des membres de l'équipe, le plan opératoire avec ses différentes issues, et de <i>débriefer</i> à la fin pour en tirer des leçons pour les patients suivants.</p> <p>Les limites de cette étude sont que la perception de la communication peut varier dans le temps et être influencée par des événements aigus.</p> <p>Ensuite les résultats peuvent être faussés par le fait que les hôpitaux ont déjà mis en place des interventions spécifiques pour promouvoir la sécurité du patient. Du coup, les résultats pourraient être plus élevés que s'il n'y avait pas eu ces précédentes interventions qui stimulent déjà en partie le travail d'équipe.</p> <p>Dernièrement, le fait que tous les soignants n'aient pas répondu (71%) peut être également un élément perturbateur des résultats. Mais les 29% de non répondants représentent un biais très minime.</p>

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

REFERENCE

- Makary, M., Mukherjee, A., Sexton, B., Syin, D., Goodrich, E., ...Pronovost, P. (2007). Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. *Journal of the American College of Surgeons* 204, no. 2: 236–43. Doi :10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ETUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez l'objectif de l'étude ou la question de recherche</p> <p>L'objectif de cette étude était de mesurer l'association entre les <i>briefings</i> de la salle d'opération et les perceptions des cliniciens sur la collaboration et la perception du risque pour une chirurgie erronée</p>
<p>LITTERATURE</p> <p>La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez la justification de la pertinence de l'étude (NdTraductrice : selon l'(les) auteurs(s)). Est-ce qu'elle est claire ?</p> <p>Les séances d'information utilisées comme des moyens de coordination ont gagné beaucoup d'attention ces dernières années mais nous en savons peu sur les briefings en salle d'opération (<i>TTO</i>) qui seraient un bon moyen de diminuer les risques d'opérations erronées. La faible fréquence d'opérations erronées rend son évaluation difficile. Les données d'observation indiquent qu'il y a un manque de discussion et un manque de planification avant l'incision cutanée. Une mesure de substitution logique consiste à évaluer les <i>briefings</i> préopératoires et leur influence sur la perception du risque de chirurgie erronées du point de vue du personnel.</p> <p>Il y a 22 références citées.</p>
<p>DESIGN DE L'ETUDE</p> <p>Quel était le design (méthodologie) utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Phénoménologie</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie</p> <p><input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory)</p>	<p>Comment l'étude s'applique-t-elle à votre pratique ? Vaut-il la peine de continuer ?²</p> <p>Au HIB, le <i>TTO</i> n'est pas toujours réalisé et l'implication des différents membres du personnel n'est pas optimale lors de ce contrôle. Cet article m'oriente sur la perception des cliniciens de la collaboration et des risques d'une chirurgie erronée, notamment lorsque qu'un <i>briefing</i> préopératoire n'est pas réalisé.</p> <p>Le design était-il approprié par rapport la question posée ? Explication(s)</p> <p>Le design utilisé est de la phénoménologie, ainsi on analyse directement l'expérience vécue par un sujet.</p> <p>Celui-ci est approprié car nous mesurons la perception des <i>briefings</i> et la sensibilisation au côté opéré de chaque individu par des notes que les soignants donnent de 1 (désaccord fort) à 5 (fortement</p>

²Au cours de l'évaluation de la qualité d'un écrit scientifique, vous passez par des points stratégiques où vous devez vous demander si la recherche est applicable à votre pratique et/ou question clinique. Si la réponse est négative, vous « devez » en conclure qu'il n'est pas utile de continuer à évaluer l'article.

<input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre	d'accord) sur 6 questions d'enquête.
Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ? <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	Décrivez la perspective théorique ou philosophique de cette étude, par exemple la perspective du chercheur/de la chercheuse La perspective théorique de l'étude est de montrer que l'application de <i>briefings</i> pré opératoires va améliorer la perception des soignants de leur collaboration et leur sensibilisation aux risques de chirurgie erronée, et ainsi contribuer à l'amélioration de la sécurité des patients par une augmentation de leur implication lors de ces contrôles.
Les méthodes de recueil des données utilisées sont : <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Analyse de documents <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> <u>Autre :</u> <u>Questionnaire SAQ</u>	Décrivez les méthodes de recueil des données utilisées pour répondre à la question de recherche. Est-ce que les méthodes sont cohérentes par rapport à la perspective théorique/philosophique ? C'est un questionnaire (une version du <i>Safety Attitude Questionnaire</i> appelée <i>ORBAT</i>) distribué au moment où les soignants ont quitté leur premier cas de la journée. Ceci a été réalisé avant et après l'implantation du <i>briefing</i> : <ul style="list-style-type: none"> - Mesure de la perception des <i>briefings</i> et conscience du site opératoire avant l'implantation du <i>briefing</i> pendant 2 mois (c'est la récolte de données sur la ligne de base). - Puis séances d'information et d'entraînement pendant 3 mois - Enfin nouvelle mesure suite à ces séances d'information pendant 2 mois Un coordinateur a visité les salles d'opération pendant toute la durée de l'étude pour vérifier la compliance du personnel pour la réalisation des <i>briefings</i> préopératoires. C'est ce coordinateur qui a récolté les questionnaires et les <i>feedbacks</i> du personnel en vue d'une amélioration de cette partie de la <i>CL</i> . La méthode est cohérente car on recueille immédiatement le ressenti de chaque soignant. C'est une étude pré et post <i>design</i> .
ECHANTILLONNAGE Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ? <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	Décrivez la/les méthode(s) d'échantillonnage utilisées. Est-elle/sont-elles appropriée/s vis-à-vis de l'objectif de l'étude ou la question de recherche ? Les auteurs expliquent qu'ils n'ont pas réalisé d'échantillonnage car il y a un petit nombre de soignants qui ont répondu (n=422) ce qui menacerait la généralisation des données récoltées. Mais tout le personnel de salle d'opération a participé à l'étude, médecins et infirmiers.
Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été observées) ? <input type="checkbox"/> <u>Oui</u>	Les participants sont-ils décrits de manière suffisamment détaillée ? Cet échantillon s'applique-t-il par rapport à votre pratique ou convient-il à votre question de recherche ? Vaut-il la peine de continuer ? Les professions des participants sont détaillées dans le tableau 1. L'échantillon s'applique par rapport à ma pratique car ce sont les mêmes soignants qu'au HIB qui y sont représentés dans la même proportion.

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u>	
<p>Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u>	<p>Pas nécessaire, cela ne concerne pas les patients directement. C'est un SAQ donc le personnel n'était pas obligé d'y répondre.</p>
<p>RECUEIL DES DONNEES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site</p> <input type="checkbox"/> <u>Qui</u> <input type="checkbox"/> Non (NdTraductrice : contexte) des participants : <input type="checkbox"/> <u>Qui</u> <input type="checkbox"/> Non Rôle du chercheur & relation avec participants : <input type="checkbox"/> <u>Qui</u> <input type="checkbox"/> Non Identification des hypothèses (NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur : <input type="checkbox"/> <u>Qui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez le contexte de l'étude. Est-il suffisamment décrit pour comprendre « the whole picture » ?</p> <p>Dans le contexte, nous savons que les dysfonctions dans la communication interprofessionnelle mènent à des effets néfastes pour les patients. On cherche à améliorer la communication et l'implication du personnel en mettant en place des briefings pré opératoires suite à une phase de formation. On évalue cela avec un questionnaire concernant la perception du personnel avant et après implantation de ce briefing.</p> <p>Les questions posées dans le questionnaire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une discussion préopératoire augmente ma connaissance du site et du côté opératoire - Le côté opératoire était clair pour moi avant l'incision - Une discussion d'équipe avant l'intervention chirurgicale est importante pour la sécurité du patient - Les discussions d'équipe sont communes dans cette salle d'opération - Les décisions prises utilisent les données apportées par le personnel relevant - La chirurgie et l'anesthésie travaillent ensemble comme une équipe coordonnée. <p>Le personnel devait répondre par un score de 1 (en désaccord complet) à 5 (totalement d'accord).</p> <p>Que manque-t-il et comment cela influence-t-il votre compréhension de l'étude ? Il manque des données sur l'anonymat des soignants, ce qui aurait pu influencer leurs réponses. Il manque également des participants pour l'évaluation après l'implémentation du briefings (il y en avait 306 avant et seulement 116 après l'implémentation). Les limites sont exprimées par les chercheurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont utilisé une évaluation des problèmes des soignants liés aux <i>briefings</i> et à la chirurgie erronée plutôt que d'évaluer directement le taux de chirurgie erronée. Mais ils expliquent au début de l'étude que le faible taux de chirurgie

	<p>erronée rend son évaluation difficile. Donc la perception des soignants me semble être un bon reflet de la sécurité des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont utilisé un pré et post <i>design</i> dans le même groupe, plutôt que d'avoir un échantillon aléatoire. Les infirmiers et anesthésistes travaillent avec de multiples chirurgiens et une telle intervention nécessite la formation du personnel. Mais des groupes aléatoires auraient pu être contaminés par des chirurgiens déjà formés à de tels <i>briefings</i> c'est pourquoi ils ont préféré garder un groupe témoin.
<p>Rigueur procédurale</p> <p>La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les informations nécessaires sont-elles fournies par rapport à la récolte des données, par exemple l'accès au terrain, les notes de terrain, la formation des assistants de recherche. Décrivez les éventuelles « flexibilités » (NdTraductrice adaptations) dans le design et les méthodes de récolte des données.</p> <p>Les 11 chirurgiens concernés ont accepté de mettre en place le nouveau format de briefing. Le <i>OR SAQ</i> a été administré dans un centre médical académique à tout le personnel du bloc opératoire sans exceptions, sans échantillonnage car le nombre total de participants était trop faible.</p> <p>Un premier audit de <i>baseline</i> a été réalisé avant l'implémentation du programme.</p> <p>Puis il y a eu des séances d'entraînement pour le personnel infirmier et techniciens dans la faculté de chirurgie et dans l'administration des soins. Un des auteurs, qui est un chirurgien, a rencontré personnellement chacun des 11 chirurgiens afin de les former au programme.</p> <p>Enfin un second audit a été réalisé après l'implémentation du programme.</p> <p>La principale flexibilité dans la récolte des données est qu'il y avait moitié moins de participants lors du second audit. La raison de ce manque de participants n'est pas expliquée.</p>
<p>ANALYSES DES DONNEES</p> <p>Rigueur analytique</p> <p>L'analyse des données est-elle inductive ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas Présenté</p> <p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p>	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'analyse des données. Est-elle/Sont-elles appropriée(s) ? Quels sont les résultats ?</p> <p>Les auteurs ont utilisé le logiciel MANOVA pour l'analyse statistique des résultats des 6 questions posées avant et après l'implémentation du programme. Le logiciel a ensuite permis de mesurer le pourcentage d'accord du personnel vis-à-vis des 6 questions posées et d'en mesurer l'évolution entre avant et après l'implémentation du programme. Une personne est considérée comme en accord avec la question lorsqu'elle a répondu par une cotation de 4 ou de 5 (d'accord ou totalement d'accord).</p> <p>Cette méthode est appropriée par rapport à la question de départ. Les résultats montrent que la note des soignants pour le rapport entre les <i>briefings</i> et la baisse du risque de chirurgie erronée a augmenté pour 5 des 6 questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une discussion préopératoire augmente ma connaissance du site et du côté opératoire : de 52,4% à 64,4% - Le côté opératoire était clair pour moi avant l'incision : 88,2%

<input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>à 96,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une discussion d'équipe avant l'intervention chirurgicale est importante pour la sécurité du patient : 94% à 93,3% (seule question à laquelle le personnel est d'accord avant et après) - Les discussions d'équipe sont communes dans cette salle d'opération : 37,4% à 48,3% - Les décisions prises utilisent les données apportées par le personnel relevant : 78,7% à 89,6% - La chirurgie et l'anesthésie travaillent ensemble comme une équipe coordonnée : 67,9% à 91,5%
<p>Contrôlabilité (Auditability)</p> <p>La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté <p>Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas présenté	<p>Décrivez les décisions prises par les chercheurs par rapport à la transformation des données en codes/thèmes. Présentez la justification pour le développement des thèmes.</p> <p>Dans cette étude, les auteurs ont trouvé évident que l'utilisation de <i>briefings</i> préopératoires réduisait les incertitudes du personnel quant au site opératoire.</p> <p>De même, ces <i>briefings</i> sont des outils importants pour promouvoir le travail d'équipe entre la chirurgie et l'anesthésie. C'est également un moyen de prendre en compte les avis des différents soignants pour les prises de décisions lors de l'intervention.</p> <p>Les <i>briefings</i> peuvent avoir un impact significatif pour la promotion de la coordination des soins et la réduction du risque de chirurgie erronée.</p> <p>Le questionnaire <i>ORBAT</i> qui est une variante du <i>SAQ</i> est donc un outil valable pour évaluer l'efficacité des interventions servant à améliorer la sécurité des patients et la qualité de la collaboration dans les salles d'opération.</p>

<p>Connexions théoriques</p> <p>Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les concepts étudiés sont-ils clarifiés et affinés et les relations analysées ? Décrivez le cadre conceptuel qui émerge ?</p> <p>La connaissance d'une nouvelle pratique pour améliorer la sécurité des patients est un premier pas vers la bonne application de celle-ci. Il est important d'entraîner le personnel et d'évaluer ses connaissances par la suite.</p> <p>La connaissance des nouvelles pratiques est nécessaire mais pas suffisante pour changer les comportements. La perception du personnel vis-à-vis de cette intervention est importante.</p>
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Transférabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fiabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Confirmation</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Pour chaque critère de rigueur, identifiez les éléments amenés par le chercheur pour le garantir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crédibilité : Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour valider ce modèle et la méthode de collecte des données associées pour que les efforts d'amélioration de la sécurité des patients en salle d'opération soient transformés en données probantes et se généralisent. - Transférabilité : Suite aux <i>feedbacks</i> de l'équipe, les auteurs ont développé un outil de <i>briefing</i> universel (figure 4) qui pourrait être utilisé dans toutes les spécialités chirurgicales. - Fiabilité : La relation entre les changements culturels, la coordination améliorée, et la réduction des erreurs a déjà été établie dans l'industrie de l'aviation. Ces recherches appuient les résultats de cette étude. - Confirmation : Plusieurs membres de l'équipe qui ont participé à cette étude ont incorporé les <i>briefings</i> comme une intervention routinière dans leurs salles d'opération, et continuent de l'utiliser dans leur pratique quotidienne. Ce protocole a été approuvé par l'administration de l'hôpital et d'autres membres de l'équipe l'utilisent maintenant comme support (plus de la moitié des chirurgiens l'utilisent et les auteurs espèrent encore plus avec le temps). <p>Quel sens et quelle pertinence cette étude a-t-elle vis-à-vis de votre pratique ou votre question de recherche ?</p> <p>Cette étude est pertinente vis-à-vis de ma recherche car elle prouve que l'implication des différents acteurs au bloc opératoire lors du <i>TTO</i> peut être influencée et améliorée. La connaissance de l'importance de ce <i>briefing</i> et de son utilisation est importante.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles sont les implications pour la pratique professionnelle ? Quelles sont les principales limites de l'étude ?</p> <p>Les <i>briefings</i> ont le potentiel de combler plusieurs des lacunes créées par des pressions de production, des problèmes de dotation, le haut niveau d'intensité et le manque de familiarité avec les environnements, personnes ou procédures.</p> <p>Les implications pour ma pratique professionnelle sont que la formation du personnel est indispensable pour la bonne application</p>

<input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>du <i>TTO</i>. La perception du personnel vis-à-vis de ce contrôle est également importante. L'IESA peut avoir une influence sur les autres soignants au bloc opératoire en les sensibilisant à l'importance du <i>TTO</i> car il a la connaissance de son efficacité pour la sécurité du patient.</p>
<p>Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ?</p>	<p>Le manque de coordination préopératoire au HIB peut être comblé par un <i>TTO</i> réalisé de façon optimale. Pour cela, l'IESA peut accompagner le chirurgien qui mène la procédure en l'orientant si des items importants sont oubliés. Il peut également questionner les autres membres du personnel sur certains points, ce qui augmentera l'implication interprofessionnelle.</p>
<input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Les limites de cette étude sont énumérées dans la partie « recueil de données ».</p>

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

©Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

REFERENCE

- Porter, A., Narimasu, J., Mulroy, M. & Koehler, R. (2017). Sustainable, Effective Implementation of a Surgical Preprocedural Checklist: An 'attestation' format for All Operating Team Members. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 40, no. 1: 3–9.

	Commentaires
<p>OBJECTIF(S) DE L'ETUDE</p> <p>Les objectifs sont clairement présentés</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez l'objectif de l'étude ou la question de recherche L'objectif est d'améliorer le format du <i>TTO</i> de façon durable afin d'encourager la participation et de responsabiliser tous les membres de l'équipe opérationnelle à contribuer. Un objectif secondaire était de s'assurer que la liste de contrôle révisée pourrait être mise en œuvre efficacement, sans frais importants ni formation du personnel.</p>
<p>LITTERATURE</p> <p>La littérature utilisée (dans le cadre théorique) est-elle pertinente ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Présentez la justification de la pertinence de l'étude (NdTraductrice : selon l'(les) auteurs(s)). Est-ce qu'elle est claire ?</p> <p>L'étude est pertinente dans le sens où l'OMS a développé la <i>CL</i> en 2008 avec le <i>TTO</i> qui en est un des 3 principaux composant. Mais il semble que ce <i>TTO</i> comporte des items importants qui ne sont pas toujours complétés, et que les différents soignants présents n'y participent pas toujours de façon adéquate.</p> <p>Nous avons 42 références citées qui viennent d'articles scientifiques mondialement connus dans le domaine médical.</p>
	<p>Comment l'étude s'applique-t-elle à votre pratique ? Vaut-il la peine de continuer ?³</p> <p>Elle s'applique à ma pratique car dans le bloc opératoire du HIB le <i>TTO</i> n'est pas toujours correctement réalisé, voir même pas réalisé du tout. Le chirurgien en est le seul animateur, et les membres du personnel se contentent d'y répondre.</p>
<p>DESIGN DE L'ETUDE</p> <p>Quel était le design (méthodologie) utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Phénoménologie</p>	<p>Le design était-il approprié par rapport la question posée ? Explication(s)</p> <p>C'est une étude ethnographique (étude descriptive et analytique, sur le terrain, des mœurs et des coutumes de populations déterminées).</p>

³Au cours de l'évaluation de la qualité d'un écrit scientifique, vous passez par des points stratégiques où vous devez vous demander si la recherche est applicable à votre pratique et/ou question clinique. Si la réponse est négative, vous « devez » en conclure qu'il n'est pas utile de continuer à évaluer l'article.

<input type="checkbox"/> <u>Ethnographie</u> <input type="checkbox"/> Théorisation ancrée (Grounded Theory) <input type="checkbox"/> Recherche action <input type="checkbox"/> Autre	<p>Le design est approprié par rapport à la question posée car l'objectif de l'étude est de montrer que l'efficacité du <i>TTO</i> peut être diminuée en raison du manque de participation ou d'implication des membres du personnel. Le fait d'être présent sur le terrain en analysant le comportement de chacun est un bon moyen d'en tirer des conclusions.</p>
<p>Est-ce que la perspective théorique est clairement identifiée ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez la perspective théorique ou philosophique de cette étude, par exemple la perspective du chercheur/de la chercheuse</p> <p>La perspective théorique est de démontrer que les soignants ne se sentent pas impliqués lorsque le chirurgien dirige le <i>TTO</i> seul. En modifiant la composition de la <i>CL</i>, les auteurs espèrent une meilleure participation de chaque acteur et donc un taux de conformité de remplissage supérieur voir parfait.</p>
<p>Les méthodes de recueil des données utilisées sont :</p> <input type="checkbox"/> <u>Observation</u> <input type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Analyse de documents <input type="checkbox"/> Focus groups <input type="checkbox"/> Autre	<p>Décrivez les méthodes de recueil des données utilisées pour répondre à la question de recherche. Est-ce que les méthodes sont cohérentes par rapport à la perspective théorique/philosophique ?</p> <p>Des observations « aveugles » (sans que le personnel ne le sache) ont été réalisées avant la mise en place de la <i>CL</i> améliorée (censée impliquer plus de soignants), puis 6 mois après l'intervention, et enfin 18 mois après l'intervention pour vérifier s'il y avait une compliance durable de la part du personnel.</p> <p>La méthode est cohérente car nous avons l'évaluation avant / après l'intervention, mais aussi au long terme.</p>
<p>ECHANTILLONAGE</p> <p>Le processus de l'échantillonnage est-il décrit ?</p> <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> <input type="checkbox"/> Non	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'échantillonnage utilisées. Est-elle/sont-elles appropriée/s vis-à-vis de l'objectif de l'étude ou la question de recherche ?</p> <p>Echantillonnage aléatoire dans les salles d'opération de l'hôpital de Virginia Mason qui comporte 24 salles d'opération.</p> <p>Oui la méthode est appropriée.</p>
<p>Les chercheurs ont-ils inclus des participants jusqu'à obtenir la saturation des données (jusqu'à ce que des redondances aient été observées) ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u>	<p>Les participants sont-ils décrits de manière suffisamment détaillée ? Cet échantillon s'applique-t-il par rapport à votre pratique ou convient-il à votre question de recherche ? Vaut-il la peine de continuer ?</p> <p>Les participants sont : le chirurgien, l'assistant chirurgien, l'infirmier circulant, le TSO, l'assistant en anesthésie, et le médecin anesthésiste.</p> <p>Oui cet échantillon s'applique à ma pratique. Oui il convient à ma question de recherche car il concerne tous les membres présents lors du <i>TTO</i>.</p>

<p>Le consentement éclairé et libre a-t-il été obtenu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Ce projet d'amélioration de la qualité a été entrepris avec l'examen de la Commission d'examen institutionnel et la renonciation à l'obligation de consentement éclairé.</p>
<p>RECUEIL DES DONNEES</p> <p>Clarté descriptive Description claire et complète du site</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>(NdTraductrice : contexte) des participants :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Rôle du chercheur & relation avec participants :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Identification des hypothèses (NdTraductrice : à priori) et biais du chercheur :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez le contexte de l'étude. Est-il suffisamment décrit pour comprendre « the whole picture » ? Le contexte se situe juste après l'implantation de la CL de l'OMS dans les blocs opératoires. L'hôpital a adopté une version de la CL de l'OMS (modifiée pour inclure les mesures de qualité supplémentaires du Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale (NSQIP) du Collège américain des chirurgiens et des États-Unis) en janvier 2009 construit autour d'un TTO immédiatement avant l'incision.</p> <p>Que manque-t-il et comment cela influence-t-il votre compréhension de l'étude ? Les auteurs expriment différents biais : - la petite taille de l'échantillon (17000 cas par an) ne permet pas de tirer des conclusions sur la morbidité et mortalité chirurgicale dans ce court laps de temps. - le biais potentiel des observations qui sont réalisées en partie par les auteurs de l'étude (cette méthode a été utilisée car les membres de l'équipe ont souvent été reconnus comme évaluateurs lors des premières récoltes de données, ce qui créa un effet Hawthorne). - Le fort accent institutionnel sur la sécurité pourrait remettre en question la reproductibilité des résultats.</p>
<p>Rigueur procédurale</p> <p>La rigueur procédurale est-elle utilisée pour la récolte des données ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Les informations nécessaires sont-elles fournies par rapport à la récolte des données, par exemple l'accès au terrain, les notes de terrain, la formation des assistants de recherche. Décrivez les éventuelles « flexibilités » (NdTraductrice adaptations) dans le design et les méthodes de récolte des données.</p> <p>Les données récoltées sont les suivantes : chaque élément de la liste de contrôle a-t-il été couvert pendant la pause ? Ceci a été quantifié sur une échelle oui / non. Ils ont également évalué la présence du chirurgien, de l'assistant, de l'infirmier circulant, du TSO, du médecin anesthésiste et de l'assistant en anesthésie. Etaient-ils prêts pour la pause ? Se sont-ils arrêtés ? Ont-ils dit leur nom ? Et ont-ils exprimé leur inquiétude ? Tous les membres ont</p>

	<p>été évalués pour se conformer à l'arrêt de la pause. En outre, pour évaluer la participation active des membres de l'équipe, ils ont surveillé si chaque membre se présentait et s'ils émettaient des commentaires ou des préoccupations au cours de la pause. Le chirurgien a également été évalué s'il avait demandé des réponses supplémentaires. Cette vérification a révélé une participation inadéquate au <i>TTO</i> à tous les niveaux, mais surtout chez les infirmières et les techniciens en chirurgie.</p>
<p>ANALYSES DES DONNEES</p> <p>Rigueur analytique L'analyse des données est-elle inductive ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pas Présenté</u></p> <p>Les résultats sont-ils consistants avec les données dont ils dérivent ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez la/les méthode(s) d'analyse des données. Est-elle/Sont-elles appropriée(s) ? Quels sont les résultats ?</p> <p>La méthode d'analyse est décrite. Malheureusement, le descriptif de l'audit de performance des <i>CL</i> est seulement disponible dans l'appendice 1 qui n'est qu'accessible sur la version payante en ligne.</p> <p>Les résultats sont exposés dans le tableau 1.</p>
<p>Contrôlabilité (Auditability)</p> <p>La chaîne décisionnelle est-elle présentée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pas présenté</u></p> <p>Le processus de l'analyse des données est-il présent de manière adéquate ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas présenté</p>	<p>Décrivez les décisions prises par les chercheurs par rapport à la transformation des données en codes/thèmes. Présentez la justification pour le développement des thèmes.</p> <p>Nous savons qu'il y a eu une première récolte de données effectuée sur une ligne de base, c'est-à-dire sans implémentation de nouveau format (janvier 2010). S'en est suivie un développement d'un nouveau format de <i>TTO</i> (février 2010 – avril 2010) par un groupe de travail dirigé par 3 des 4 auteurs et composé de représentants de chirurgie, des soins infirmiers, de techniciens chirurgicaux et d'anesthésie pour examiner et recommander des changements dans le processus. Le format du <i>TTO</i> a donc été révisé pour que chaque membre de l'équipe soit responsable d'une section spécifique.</p> <p>Puis, de juin 2010 à août 2010, il y a eu une phase d'implantation du nouveau format par l'intermédiaire de formations de personnel et d'affiches en salle d'opération.</p> <p>Un deuxième audit a été réalisé en août 2010. Les résultats de l'intervention ont été présentés en février 2011 et une vérification de suivi a été faite en novembre-décembre 2011.</p>

<p>Connexions théoriques</p> <p>Est-ce qu'une image claire du phénomène émerge ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les concepts étudiés sont-ils clarifiés et affinés et les relations analysées ? Décrivez le cadre conceptuel qui émerge ? Leur expérience confirme que l'adoption d'une <i>CL</i> sans tentative de soutien aux changements culturels dans la salle d'opération ne crée pas une mise en œuvre effective même avec un soutien institutionnel.</p> <p>La création d'une participation complète de chaque membre de l'équipe en exprimant son nom complet et en attestant des éléments avec lesquels il s'identifiait était efficace pour assurer une réalisation durable et cohérente de pratiquement tous les éléments de la <i>CL</i> car l'audit réalisé à distance a montré que les bons résultats persistaient.</p>
<p>RIGUEUR GLOBALE</p> <p>Y a-t-il une présentation des quatre critères de rigueur/qualité ?</p> <p>Crédibilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Transférabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fiabilité</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non</u></p> <p>Confirmation</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Pour chaque critère de rigueur, identifiez les éléments amenés par le chercheur pour le garantir.</p> <p>Crédibilité : la description et l'interprétation des participants à l'étude est claire avec une dernière étude réalisée à distance pour confirmer les résultats au long terme. La seule donnée manquante est encore une fois le descriptif de l'audit de performance qui est indisponible. Les biais sont clairement exposés par les auteurs.</p> <p>Transférabilité : ils ont étendu le nouveau format en dehors des salles d'opération, notamment en radiologie interventionnelle, gastro-entérologie et électrophysiologie.</p> <p>Fiabilité : Malheureusement, le processus de recueil de données n'est que disponible sur la version payante en ligne.</p> <p>Confirmation : Bien que l'efficacité du <i>TTO</i> dans la réduction des complications et de la mortalité soit bien documentée, la <i>CL</i> seule ne suffit pas. L'autre élément essentiel d'un <i>TTO</i> efficace est l'encouragement de la communication ouverte et du renforcement des équipes. Ceci étant atteint par les volets de discussion (briefings en équipe pluridisciplinaire).</p> <p>Quel sens et quelle pertinence cette étude a-t-elle vis-à-vis de votre pratique ou votre question de recherche ? Cette étude est pertinente vis-à-vis de ma recherche car elle prouve que l'implication des différents acteurs au bloc opératoire lors du <i>TTO</i> peut être influencée et améliorée.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Les conclusions sont-elles appropriées/cohérentes par rapport aux résultats de l'étude ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles sont les implications pour la pratique professionnelle ? Quelles sont les principales limites de l'étude ?</p> <p>La mise en œuvre par équipe du <i>TTO</i> dans un format d'attestation était plus efficace qu'un format conduit par un chirurgien pour atteindre les objectifs d'une communication améliorée dans les salles d'opération. Une étude plus approfondie est nécessaire pour confirmer que la participation accrue persiste définitivement après la mise en œuvre initiale et pour évaluer si cela entraîne des changements mesurables dans les résultats des patients. Cette conclusion est cohérente avec les résultats de la recherche.</p> <p>En ce qui concerne leur objectif secondaire consistant à mettre en œuvre efficacement une <i>CL</i> révisée, sans frais importants ni formation du personnel, cette expérience suggère que la mise en</p>

<p>Les résultats contribuent-ils au développement des théories pour la pratique professionnelle ou la recherche ?</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Qui</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>œuvre réussie d'un <i>TTO</i>, qui comprend la participation de tous les membres de l'équipe opératoire, nécessite un entraînement formel minimal en dehors des situations de travail.</p> <p>Pour ma pratique professionnelle, cette étude montre qu'en impliquant les membres du personnel, en leur posant personnellement des questions auxquelles ils sont les seuls à pouvoir répondre, cela augmente leur participation et leur responsabilité lors d'un contrôle comme le <i>TTO</i>.</p> <p>La principale limite à cette étude est qu'elle n'a été réalisée que dans un seul hôpital (Virginia Mason) qui comporte 24 salles d'opération. Il faudrait pouvoir la répéter dans plusieurs autres hôpitaux pour confirmer les résultats.</p>
--	--

Annexe 4 : Tableaux classifiant les résultats des études.

MODIFICATIONS POTENTIELLEMENT REALISABLES AU NIVEAU DE L'INSTITUTION SELON LES ETUDES		
RESULTATS DES ETUDES	LIEN AVEC LE CADRE DE REFERENCE	ROLE DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE AU HIB
<p>- Soutien au changement avec un processus d'implantation du TTO.</p> <p>- Format adapté du TTO avec des éléments pertinents.</p>	<p>La qualité des soins est un concept en constante évolution dans le but d'être toujours améliorée.</p> <p>La CL est un outil simple et pratique, qui peut être utilisé par n'importe quelle équipe chirurgicale dans le monde.</p>	<p>Le but de mon travail n'est pas d'imposer des modifications au niveau de l'institution, mais de trouver des parades pour que les éléments importants soient respectés. L'IESA peut donc apporter des compléments qui lui semblent important oralement lors du TTO (ex : sang réservé, traitement anticoagulant pris, plan opératoire). C'est un moment privilégié de communication interprofessionnel sur le plan opératoire et les stratégies.</p>
<p>- Education, formation du personnel et effectuer des debriefings.</p>	<p>Il n'y a pas de formation en rapport avec la CL au HIB. Les anciens sont censés former les nouveaux avec des risques évidents de biais.</p> <p>Selon le CFS, l'IESA anticipe les dangers et les sources d'erreurs et connaît les dispositifs de l'établissement en matière de sécurité.</p> <p>L'IESA reconnaît les rôles respectifs des personnes associées au traitement des patients et respecte leurs droits et devoirs.</p>	<p>De par sa formation et ses connaissances, l'IESA sait que ces contrôles sont importants et indispensables. Depuis peu, il est nommé comme « témoin » de l'application du TTO, donc sa responsabilité est d'autant plus grande. J'estime que son rôle est de sensibiliser le personnel en salle d'opération sur le but et la nécessité du TTO, du coup de leur exposer leurs droits et devoirs.</p>
<p>- Culture organisationnelle.</p>	<p>Selon le CFS, l'IESA a un rôle de coopération et de coordination dans l'organisation intra et interprofessionnelle.</p>	<p>Doit proposer au chirurgien de réaliser le TTO si celui-ci n'est pas fait avant l'incision et de le compléter éventuellement s'il manque des items qui lui semblent important. Ceci implique un savoir-être et des qualités de diplomate.</p>

<p>- Mesure de l'application du TTO.</p>	<p>Engagement récent d'un contrôleur de qualité au HIB qui en mesure le remplissage régulièrement et réalise des corrections et adaptations en accord avec les IESA. L'IESA est le garant du dossier patient et des documents de CL au HIB. L'IESA tient la documentation à jour et s'acquitte de tâches administratives.</p>	<p>Les IESA ont donné leur avis pour l'amélioration du TTO. Amélioration nette du taux de remplissage après avoir nommé les IESA comme « témoins » du TTO. Les IESA sont donc des garants du bon remplissage du document de TTO.</p>
--	---	--

MODIFICATIONS POTENTIELLEMENT REALISABLES AU NIVEAU DU PERSONNEL SELON LES ETUDES		
RESULTATS DES ETUDES	LIEN AVEC LE CADRE DE REFERENCE	ROLE DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE AU HIB
<p>- La perception du personnel vis-à-vis du TTO et de la sécurité du patient. Le sentiment d'implication. La volonté de participation. Le fait de valoriser l'intervention.</p>	<p>La gestion des risques requiert l'implication de l'ensemble des acteurs : management de l'établissement, encadrement du bloc, équipes du bloc et coordination avec les services en interface avec le bloc. L'IESA vérifie le déroulement des actions, l'affectation des ressources et la qualité de la coopération et de la coordination. L'IESA a des tâches de formation et d'instruction, et doit agir comme un modèle. L'efficacité du TTO est démontrée par des données probantes. Le leadership est la capacité d'un individu à influencer, à motiver et à rendre les autres capables de contribuer à l'efficacité et au succès des organisations dont ils sont membres. L'IESA agit de manière autonome. Selon la FSIA, l'IESA utilise les compétences acquises pour fournir aux patients des prestations d'anesthésie au degré le plus élevé de la qualité et de la</p>	<p>L'infirmier anesthésiste est habitué à travailler en utilisant des « points de contrôle de sécurité » réguliers comme lorsqu'il prépare son plateau de médicaments ou son matériel de management des voies aériennes. Il doit transposer cette culture de la sécurité aux autres membres du personnel pour effectuer des contrôles systématiques et le TTO en fait partie. L'IESA doit accompagner le TTO pour que celui-ci ne soit pas perçu comme une intervention purement technique, doit sensibiliser et stimuler le personnel pour sa participation. Par son leadership, ses connaissances et sa propre implication, l'IESA peut motiver les autres membres du personnel à s'impliquer à leur tour et à parfaire la réalisation du TTO. Le fait que l'ATSSO soit également présent dès l'arrivée du patient dans le SAS, au même titre que l'IESA rend sa participation indispensable lors du TTO car il détient aussi les</p>

	<p>sécurité.</p> <p>Le TTO selon l'OMS : tous les membres de l'équipe doivent évoquer à tour de rôle les éléments critiques et leur plan pour l'opération en utilisant les items de la CL pour se guider.</p>	<p>informations sensibles concernant le patient.</p> <p>La connaissance de l'importance du TTO et la prise de conscience en découlant va entraîner une augmentation de l'implication et du remplissage du document et par conséquent une augmentation en termes de qualité et de sécurité.</p> <p>Il y a parfois des comportements non adaptés lors du TTO avec des soignants qui ne se sentent pas concernés ou qui discutent. Il faut s'assurer de la participation de tous. Le but de la culture de sécurité vise à encourager tout membre de l'équipe à faire face et à atténuer les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable pour le patient. Les notions de « garde-fou » et « d'avocat du patient » inculqués au CFS prennent tout leur sens ici.</p>
<p>- Le contexte hiérarchique : différences de statut, d'autorité, de genre, de formation, de responsabilités.</p>	<p>Le médecin anesthésiste a vu sa place de médecin responsable reconnue et l'on vit des décisions judiciaires faisant partager des responsabilités entre lui-même et le chirurgien. L'IESA travaille sur délégation d'un médecin anesthésiste ou en collaboration avec lui.</p> <p>Selon le CFS, l'IESA coordonne, conjointement avec le service médical les ressources de l'équipe interprofessionnelle. Il émet des propositions visant à améliorer la qualité, à prévenir les erreurs et à garantir une utilisation durable des ressources. Il décide, selon son évaluation de la situation et les directives de l'établissement en matière de sécurité, des mesures adéquates à prendre pour corriger ces situations critiques et les écarts par rapport aux</p>	<p>En dehors de son devoir d'offrir au patient des soins au plus haut degré de qualité et de sécurité, l'IESA a en plus le devoir d'agir sur la délégation du médecin anesthésiste alors que ce dernier n'est pas toujours présent lors du TTO. Sa responsabilité est d'autant plus engagée du fait de l'absence du médecin anesthésiste, et un manquement au niveau du TTO doit être signalé et complété. Ceci à la fois pour la sécurité du patient mais également pour la responsabilité juridique de toute l'équipe.</p> <p>La formation et l'expertise de l'IESA lui permettent de réduire les différences de statut, d'autorité et de responsabilités ce qui peut diminuer ses hésitations à s'exprimer quant à la sécurité des patients.</p>

	normes.	
- Les problèmes de communication et de travail d'équipe.	<p>Le TSO et l'ATSSO sont également sensibilisés lors de leur formation à favoriser les échanges entre les différents acteurs et à améliorer les capacités relationnelles et organisationnelles.</p> <p>Collaborer c'est comprendre les besoins de ses collègues.</p> <p>L'équipe a un but commun : la qualité des soins et la sécurité du patient.</p> <p>Pour communiquer en salle d'opération, il faut : nommer le destinataire, annoncer le problème à l'ensemble de l'équipe, rester le plus objectif possible, et favoriser les boucles de communication.</p> <p>La coopération assimile 2 notions : communication et partage de savoirs.</p>	<p>L'IESA doit montrer l'exemple en ayant une attitude réceptive et communicative, il doit favoriser les boucles de communication.</p> <p>Les TSO et ATSSO sont également formés à être réceptifs, une sensibilisation à la communication interprofessionnelle via le TTO devrait donc se faire facilement ce qui améliorerait dans la même perspective le travail d'équipe.</p> <p>Les compétences individuelles deviennent compétences collectives.</p> <p>L'IESA favorise et maintient une communication et une collaboration interprofessionnelle optimale.</p>
- Le flux de travail (charge, alignement...)	<p>Selon le CFS, l'IESA coordonne, conjointement avec le service médical les ressources de l'équipe interprofessionnelle.</p> <p>Planifie la coordination intra et interprofessionnelle et fixe les priorités.</p> <p>Le TTO n'est pas censé augmenter la durée opératoire ni la charge de travail et le bénéfice concernant la sécurité du patient est important.</p>	<p>L'IESA ainsi que l'ensemble du personnel, doivent faire preuve de souplesse lorsque le TTO est effectué. Il faut bien évidemment fixer les priorités tout en maintenant une place pour le TTO avant l'incision. La communication est donc importante et il ne faut pas hésiter à s'exprimer s'il y a des priorités à régler avant le TTO (patient instable, matériel manquant...) pour que le personnel soit totalement attentif pendant cette intervention.</p>

Annexe 5 : Nouveau format de CL au HIB (2017) et résultats de l'étude réalisée au HIB par le contrôleur qualité sur le taux de conformité de remplissage de la CL : mesure réalisée avant et après implantation du nouveau format de CL.

avant bloc opératoire

Etiquette Patient

1. IDENTIFICATION PATIENT

- Identité du patient + pose Date Identité du bracelet + dossier
- Type d'intervention Infirmière :

En cas de discordance

2. VERIFICATION DU SITE OPERATOIRE

Date Identité

- Identité du patient
- Type d'intervention Médecin :
- Dépilation prescrite oui non
- Marquage oui

opératoire non → Raison : _____

Pas de prémédication sans marquage (sauf exception*)

interne bloc opératoire

3. ATTRIBUTION DE LA SALLE D'OPERATION CORRECTE

- Identité du patient Date Identité
- Type d'intervention Inf. anesth. (ASSO si anesthésie locale) :
- Marquage oui non
- Salle d'opération

Pas d'anesthésie sans marquage (sauf exception*)

4. TEAM TIME OUT AVANT INCISION ETAPE NON FAITE Raison : _____

- Identité du patient Date Identité
- Type d'intervention **TEMOIN** : Inf. anesth. (ASSO
- Contrôle prépa cutanée si anesthésie locale) :
- Site opératoire
- Antibioprophylaxie conforme
- Matériel disponible **QUESTIONS POSEES par Nom de l'Opérateur** : _____
- Image radio à disposition

Pas d'incision en cas de discordance

* Exceptions : interventions sur des organes uniques (cœur, utérus, etc.), endoscopies, césariennes.

Respect Check-list opératoire P1/4

ANCIENNE COLLECTE

Affichage du taux de conformité pour chaque case :

Date de collecte : du 15 au 28 fev 17

Total : 115 Check-lists



Soins / Checkliste avant intervention chirurgicale

avant bloc opératoire

1. IDENTIFICATION PATIENT **93%**

- Identité du patient + pose du bracelet + dossier 93%
- Type d'intervention 90%

En cas de discordance:

2. VERIFICATION DU SITE OPERATOIRE **87%**

- Identité du patient 87%
- Type d'intervention
- Dépliation prescrite
- Marquage du site opératoire

Pas de pré-médication sans marquage (sauf exception*)

3. ATTRIBUTION DE LA SALLE D'OPERATION CORRECTE **95%**

- Identité du patient 95%
- Type d'intervention 94%
- Marquage
- Safe d'opération

Pas d'anesthésie sans marquage (sauf exception*)

4. TEAM TIME OUT AVANT INCISION **36%**

- Identité du patient
- Type d'intervention
- Contrôle prépa cutanée
- Site opératoire
- Étape non réalisable Raison: _____

Pas d'incision en cas de discordance

* Exceptions : interventions sur des organes uniques (cœur, utérus, etc.), endoscopies, césariennes.

Etiquette Patient

Date Identité

97% 96%

94% 94%

36% 36%

94% 94%

36% 36%

HIB-FOR-0463 V. 2 Applicable dès le 21/07/2016 1/2

A réviser avant le 21/07/2017

Respect Check-list opératoire P3/4

NOUVELLE COLLECTE

Affichage du taux de conformité pour chaque étape :

Date de collecte : du 01 au 28 juin 17

Total : 139 Check-lists



Amélioration du remplissage de l'étape Team Time out de 36% à 81%



Soins / Checkliste avant intervention chirurgicale

avant bloc opératoire

1. IDENTIFICATION PATIENT **97%**

- Identité du patient + pose du bracelet + dossier
- Type d'intervention

En cas de discordance:

2. VERIFICATION DU SITE OPERATOIRE **95%**

- Identité du patient
- Type d'intervention
- Dépliation prescrite
- Marquage du site opératoire

Pas de pré-médication sans marquage (sauf exception*)

3. ATTRIBUTION DE LA SALLE D'OPERATION CORRECTE **96%**

- Identité du patient
- Type d'intervention
- Marquage
- Safe d'opération

Pas d'anesthésie sans marquage (sauf exception*)

4. TEAM TIME OUT AVANT INCISION **81%**

- Identité du patient
- Type d'intervention
- Contrôle prépa cutanée
- Site opératoire
- Antibioprophylaxie conforme
- Matériel disponible
- Image radio à disposition

ÉTAPE NON FAITE Raison: _____

TEMDS : inf. anesthésiste (ASSO si anesthésie locale)

QUESTIONN. POSEES par (nom de l'opérateur): _____

Pas d'incision en cas de discordance

* Exceptions : interventions sur des organes uniques (cœur, utérus, etc.), endoscopies, césariennes.

Etiquette Patient

Date Identité

97%

95%

96%

81%

HIB-FOR-0463 V. 3 Applicable dès le 02/05/2017 1/2

A réviser avant le 02/05/2019