

# « LA PAUSE AVANT INCISION » OU LE BRIEFING PRÉOPÉRATOIRE

**François Clergue**

Service d'Anesthésiologie, Hôpitaux Universitaires de Genève. E-mail : francois.clergue@hcuge.ch

## INTRODUCTION

Une étude publiée en 2009 dans le New England Journal of Medicine est venue secouer le monde médical [1]. Effectuée sur 8 hôpitaux dans différentes régions du globe, de Toronto à Ifakara (Tanzanie) et Delhi, elle montre que l'utilisation systématique d'une « check-list » avant l'anesthésie, avant la chirurgie et en fin d'intervention réduit de façon significative les complications per et postopératoires. Cette « check-list », élaborée par l'OMS, comprend 19 critères simples (Annexe 1). Suite à cette étude, de nombreux pays ont décidé de s'attaquer aux complications per et postopératoires et de rendre obligatoire l'utilisation de telles « check-list ». En France, depuis le début janvier 2010, la HAS a intégré l'exigence de l'utilisation d'une « check-list » voisine, adaptée pour la France, dans la certification des établissements de santé [2].

### 1. DU CONSTAT DES COMPLICATIONS CHIRURGICALES À L'ÉLABORATION D'UNE « CHECK-LIST »

L'étude de Haynes et coll s'inscrit dans la campagne lancée par l'OMS, intitulée « safe surgery saves lives », par laquelle la nécessité d'améliorer la sécurité des soins chirurgicaux est placée en priorité mondiale en matière de santé publique, au même titre que les campagnes de vaccination ou d'assainissement des eaux. En effet, sur les 234 millions de patients opérés chaque année dans le monde, plus de 7 millions d'entre eux ont des complications graves et un million en décèdent [3]. La moitié de ces complications et décès serait évitable par une optimisation des pratiques anesthésiques et chirurgicales, une prévention des infections et une meilleure communication entre les membres de l'équipe opératoire.

Ce programme de l'OMS, intitulée « safe surgery saves lives », est important car s'adressant à tous les opérés, il concerne toute la population. Il fait suite à un constat retrouvé dans tous les pays, développés ou non, à savoir que la mortalité et les complications postopératoires sont élevées (2 % de mortalité, 10 à 15 % de complications graves) et qu'un tiers au moins de ces complications sont évitables [4-7]. En France, sur les 6,5 millions d'opérations réalisées

chaque année, c'est entre 30.000 et 50.000 événements indésirables graves qui pourraient être évités [5]. Parmi les causes évitables de ces complications, les défaillances de la communication au sein des équipes représentent la deuxième cause la plus fréquente de ces accidents, derrière les problèmes de compétence ou d'expérience [8-10]. La cible fixée par l'OMS est donc claire : réduire les accidents évitables chez les opérés et améliorer la communication au sein des équipes opératoires. C'est dans cette réflexion que la mise en place d'une « check-list » prend donc un sens.

On peut discuter de la méthodologie utilisée dans l'étude de Haynes et coll, ou de sa reproductibilité. La méthode (mesure avant/après) est certes moins rigoureuse qu'un essai randomisé, mais les résultats sont là. Et au-delà des chiffres retrouvés dans cette étude, son principal intérêt est de venir identifier une cible importante et crédible d'amélioration des soins : la mortalité des opérés, qui pourrait être réduite d'un tiers ou de moitié [4, 5].

Dès lors, la première question est de comprendre ce qui dans cette « check-list » est important. Les 19 critères retenus dans la « check-list » ciblent en réalité deux objectifs :

- Eviter des erreurs liées à des oublis, en imposant un arrêt avant les points critiques de non-retour, afin de vérifier que rien d'essentiel n'est oublié (bon patient, bon côté, allergie, voies veineuses, antibiotiques...).
- Imposer et standardiser la communication entre les acteurs au début et à la fin de la chirurgie, chacun devant exprimer à voix haute les difficultés qu'il prévoit, afin qu'elles soient partagées par toute l'équipe.

## **2. « CHECK-LIST » : UN OUTIL DE COMMUNICATION DANS L'ÉQUIPE**

Notre discipline connaît bien l'intérêt des « check-list » pour « rattraper » les oublis, puisque c'est la méthode utilisée chaque matin dans tous les sites d'anesthésie pour vérifier le bon fonctionnement des ventilateurs. Certains éléments de cette « check-list », comme la vérification de l'administration de l'antibiotique, progressant de 26 % après utilisation de la « check-list », peuvent expliquer la réduction de près de moitié des infections du site opératoire. Il est en revanche plus difficile d'imaginer que les vérifications de la mise en place des voies veineuses ou de l'oxymètre de pouls, dont les taux de suivi sont très élevés, puissent expliquer la réduction de la mortalité. L'efficacité de cette « check-list » sur la mortalité est donc, plus vraisemblablement, liée à la communication exigée des acteurs à des moments clé. Tel un stop à un carrefour, elle impose un arrêt de tous avant de démarrer l'intervention (anesthésie et chirurgie) et avant de se séparer, pour échanger les informations importantes sur les patients et l'intervention à accomplir, afin que l'ensemble de l'équipe les prenne en compte, plutôt que de laisser chacun les gérer au mieux, dans l'ignorance des autres. Communiquer sur ses incertitudes ou sur les imperfections de l'acte que l'on vient d'accomplir est difficile, car révéler ses difficultés c'est prendre le risque de s'exposer à un jugement négatif quant à ses qualités professionnelles, surtout dans un milieu où la culture de l'erreur n'est pas fortement présente ou si l'équipe n'est pas soudée. La force de cette « check-list », c'est qu'en imposant cette communication, en la standardisant et en la centrant sur le patient, elle perd une grande partie de sa charge émotionnelle, ce qui lui permet de se réaliser plus facilement.

Depuis quelques années, des travaux avaient déjà identifié que les résultats des soins chirurgicaux ne dépendent pas uniquement de l'habileté technique des

chirurgiens, mais de nombreux autres facteurs liés aux conditions de travail et à la communication au sein des équipes [11, 12]. Ceci avait été confirmé dans une étude montrant que, dans les 52 centres étudiés, le taux de complications postopératoires était corrélé à la qualité de la communication des chirurgiens avec les autres membres de l'équipe chirurgicale [13]. Un travail plus récent confirmait de tels résultats en montrant une corrélation entre les décès postopératoires et des indicateurs du comportement collaboratif des équipes chirurgicales [14]. Les comportements significativement liés aux réductions des décès et des complications étaient le partage peropératoire des informations et, en fin d'intervention, le briefing et le partage des informations. Les marqueurs du comportement collaboratif étaient 3 fois plus prédictifs des complications et des décès postopératoires que la classe ASA des patients. Toutes ces études viennent donc confirmer les liens forts entre la qualité de la communication au sein des équipes opératoires et le devenir des opérés.

### 3. « CHECK-LIST » : UN OUTIL À DEUX FACETTES

Une deuxième question posée par cette « check-list » est de comprendre comment elle s'intègre dans les outils déployés pour assurer la sécurité des opérés. Rappelons que pour construire des systèmes sûrs, une fois réglés les pré-requis liés à la formation des acteurs, aux équipements et aux infrastructures, il existe dans les industries à haut risque deux modèles de sécurité [15]. Le premier modèle, normatif, est celui des systèmes dits « ultra-sûrs » qui a démontré son efficacité dans l'aéronautique. Dans ce modèle, la réduction des erreurs humaines passe par une standardisation des pratiques et une automatisation des activités, lorsqu'elle est possible. Le deuxième modèle, adaptatif, est celui des organisations dites « à haute fiabilité » décrit dans des activités à risque où la part de l'imprévu est forte et se prêtant mal à la standardisation (décrit dans les équipes gérant l'atterrissage sur les porte-avions). Dans ce deuxième modèle les hauts niveaux de sécurité y sont obtenus non pas par des normes, mais par l'excellence de la cohésion et de la communication au sein des équipes. Une grande liberté de décision est laissée aux acteurs, leur permettant une meilleure gestion de l'imprévu. Mais la bonne cohésion de l'équipe n'est pas spontanée, laissée au bon caractère supposé de chacun, elle est obtenue par des équipes devant répéter sans cesse ensemble.

La question d'actualité est de savoir comment adapter ces deux modèles à la médecine, chacun d'eux pouvant trouver des champs d'application spécifiques qu'il conviendrait d'identifier. Qui peut raisonnablement contester par exemple l'utilité de normes strictes pour vérifier l'identité d'un patient, son intervention et le côté à opérer ? Mais, de la même façon, qui pourrait également mettre en doute que, comme dans le modèle des organisations « à haute fiabilité », les équipes de transplantation ou de chirurgie d'urgence qui fonctionnent le mieux sont celles qui ont appris à travailler ensemble et qui le font dans un bon esprit d'équipe.

La « check-list » de l'OMS s'inscrit avant tout dans le cadre du modèle normatif, suivant par là l'exemple qu'avait donné l'anesthésie en mettant en place par voie réglementaire des standards pour ses structures de surveillance (SSPI), ses équipements et certaines procédures de soins, qui avaient en fait chuté la mortalité anesthésique [16]. On serait tenté de poursuivre avec cette même méthode normative pour tenter de supprimer les accidents persistants en anesthésie, tels que ceux liés aux difficultés du contrôle des voies aériennes,

au risque d'inhalation, au saignement per et postopératoire et aux conséquences circulatoires de l'anesthésie locorégionale. Toutefois, la méthode normative, si elle peut trouver des champs d'application logiques, nécessite pour obtenir des résultats d'être suivie par les acteurs. Au cours des dernières années, toutes les sociétés savantes ont développé des efforts importants pour élaborer des normes de bonnes pratiques, sous forme de recommandations, conférences de consensus, conférences d'expert... Elles ciblent avant tout la qualité des soins et fournissent des aides précieuses pour guider les décisions des cliniciens et prévenir les soins inutiles. Elles ont aussi comme finalité de sécuriser les soins et d'éviter dans une situation à risque les choix dangereux. Cependant, dès qu'elles concernent des décisions thérapeutiques, il s'avère que les recommandations sont peu efficaces, leur suivi dépassant rarement 50 % [17]. Différentes explications ont été formulées, telles que leur mauvaise adaptation à la complexité des patients ou aux situations d'urgence. Reconnaissons aussi que les médecins, éduqués dans une culture de soins « sur mesure », acceptent mal ces prises en charge uniformes et ont le sentiment de voir leur liberté de décision réduite. Sécuriser les décisions de soins passe peut-être par plus de rigueur ou par des outils plus appropriés. La HAS, en imposant l'utilisation de la « check-list », choisit la rigueur. D'autres ont montré que ces méthodes sont efficaces et qu'en intégrant des recommandations dans leur outil de prescription électronique des prescriptions postopératoires, ils améliorent grandement le respect des recommandations de bonne pratique [18].

Mais, la « check-list » de l'OMS va plus loin que celle utilisée pour la vérification du ventilateur. La deuxième facette de cette « check-list » est qu'elle impose une communication entre les membres de l'équipe opératoire, et dans ce sens, elle est aussi un outil de communication. Puisqu'il s'avère que la communication au sein de l'équipe opératoire influe sur la qualité et la sécurité des soins, ne devra-t-on pas aller au-delà de la communication, somme toute minimale, proposée par la « check-list », dans son contenu et son format, qui a pris modèle sur la communication au sein du cockpit entre le pilote et le copilote ? Mais les équipes opératoires fonctionnent différemment des équipages d'un avion commercial, constitués à l'occasion d'un vol, mais rarement ensemble pour un deuxième. De nombreuses équipes opératoires travaillent ensemble pendant de longues périodes. Pourquoi dès lors ne pas renforcer ce travail en équipe par les mêmes méthodes que celles développées dans l'aéronautique, ayant développé le « crew resource management », consistant à former les équipages à mieux communiquer entre eux. Certaines expériences de ce type en milieu obstétrical visant à renforcer la qualité du travail en équipe semblent très prometteuses [12].

## **CONCLUSION**

La « check-list » de l'OMS et les travaux réalisés sur la communication au sein des équipes chirurgicales viennent nous inciter à nous interroger sur notre professionnalisme en matière de vérification des pré-requis fondamentaux pour l'opération, concernant le patient, son équipement et certaines mesures de précautions indispensables d'une part, et la communication entre les membres de l'équipe opératoire d'autre part. Positivons cette phase et intégrons cette démarche, équivalente pour la bonne coordination des équipes à la « check-list » mise en place il y a de nombreuses années pour le ventilateur d'anesthésie. Après plusieurs décennies où les progrès médicaux se sont focalisés sur les

innovations techniques, on redécouvre qu'en médecine le « comment faire », la façon dont les soins sont administrés, s'avère tout aussi important que le « quoi faire », la nature des traitements prescrits. Ceci est réconfortant pour les cliniciens, qui y verront une reconnaissance de leur art. La question est de savoir comment garantir que tous les patients pourront bénéficier de cet « art ». C'est ce à quoi la « check-list » essaie de contribuer.

Annexe 1: « Check-list » de l'OMS



**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

## SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

Before induction of anaesthesia

Before skin incision

Before patient leaves operating room

---

SIGN IN	
<input type="checkbox"/> PATIENT NAME CONFIRMED • IDENTITY • SUR • PROCEDURE • CONSENT	
<input type="checkbox"/> SITE MARKING/NOT APPLICABLE	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED	
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND PUNCTURING	
<input type="checkbox"/> DOES PATIENT HAVE (A): KNOWN ALLERGY?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
<input type="checkbox"/> DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ACCESSIBLE AVAILABLE
<input type="checkbox"/> RISK OF >500ML BLOOD LOSS (TYPICAL IN CHILDREN)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

  

TIME OUT	
<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE	
<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM: • PATIENT • SITE • PROCEDURE	
<input type="checkbox"/> ANTICIPATED CRITICAL EVENTS	
<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE SEQUENCES, ANTICIPATED BLOOD LOSS?	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA, TEAM REVIEWS, ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?	
<input type="checkbox"/> MARKING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?	
<input type="checkbox"/> HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE
<input type="checkbox"/> IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE

  

SIGN OUT	
<input type="checkbox"/> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICES ARE ENCOURAGED.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. A Surgical Safety « check-list » to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.
- [2] HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/checklist\\_secu\\_bloc\\_v2010\\_01\\_2009-06-26\\_14-04-3\\_413.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/checklist_secu_bloc_v2010_01_2009-06-26_14-04-3_413.pdf).
- [3] Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet* 2008;372:139-44.
- [4] Henderson WG, Khuri SF, Mosca C et al. Comparison of risk-adjusted 30-day postoperative mortality and morbidity in Department of Veterans Affairs hospitals and selected university medical centers: general surgical operations in men. *J Am Coll Surg* 2007;204:1103-14.
- [5] Michel P, Quenon JL, Djihoud A et al. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007;16:369-77.
- [6] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Title Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000;38:261-71.
- [7] Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- [8] Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:533-40.
- [9] Lingard L, Espin S, Whyte S et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330-4.
- [10] Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan ST. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614-21.
- [11] Vincent C, Moorthy K, Sarker SK et al. systems approaches to surgical quality and safety. From concept to measurement. *Ann Surg* 2004;239:475-82.
- [12] Haller G, Garnerin P, Morales MA et al. Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care* 2008;20:254-63.
- [13] Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL et al. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg* 2007;205:778-84.
- [14] Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg* 2009;197:678-85.
- [15] Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med* 2005;142:756-64.
- [16] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot D et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97.
- [17] McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
- [18] Kooij FO, Klok T, Hollmann MW, Kal JE. Decision support increases guideline adherence for prescribing postoperative nausea and vomiting prophylaxis. *Anesth Analg* 2008;106:893-8.