
PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES
Novembre 2011

**DISPONIBILITE DES CLICHES RADIOGRAPHIQUES
AU BLOC OPERATOIRE EN STOMATOLOGIE
ET CHIRURGIE MAXILLOFACIALE :**

ANTICIPATION ET VERIFICATION GRACE A UNE CHECK-LIST

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE	3
REVUE DE LA LITTERATURE	5
I. DECLARATION EVENEMENTS INDESIRABLES ET AMELIORATION DE LA SECURITE DU PATIENT	5
II. INTERET DE L'UTILISATION D'UNE CHECK-LIST	5
III. DONNEES EN CHIRURGIE ORALE ET MAXILLOFACIALE	7
METHODE ET OBJECTIFS	9
I. METHODE D'ELABORATION DE LA CHECK-LIST	9
II. OBJECTIFS DE LA CHECK-LIST	10
ANNEXE I : RECHERCHE DOCUMENTAIRE	11
ANNEXE II : BIBLIOGRAPHIE	12

CONTEXTE

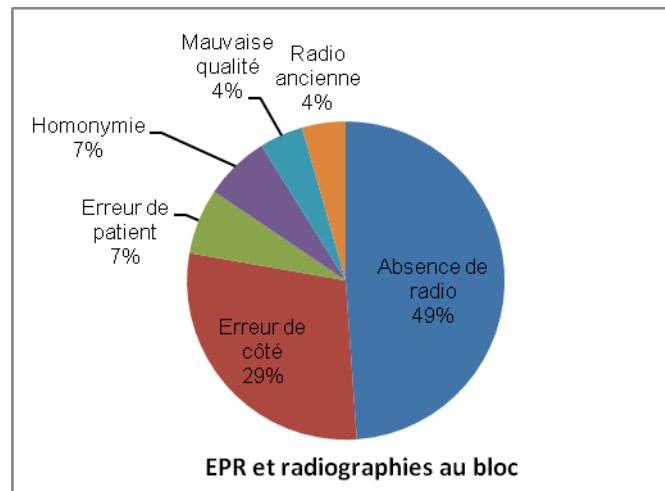
L'accréditation des médecins est une démarche de gestion des risques médicaux, nationale, organisée par spécialité, volontaire, concernant tous les médecins exerçant une spécialité ou une activité médicale « à risque » en établissement de santé et dont l'objectif est de prévenir ou limiter les conséquences des événements indésirables médicaux.

L'événement indésirable est inattendu ; il perturbe ou retarde le processus de soin. Selon sa gravité, il peut être porteur de risque (EPR) et avoir un impact direct sur la santé du patient.

Le plus souvent, ces EPR sont liés à des défauts d'organisation, à un manque de vérification, de coordination et de communication soit à une absence de culture sécuritaire commune.

Les stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, engagés dans le processus d'accréditation au travers de leur organisme agréé la Fédération de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, ont déclaré des événements porteurs de risque (EPR) non ciblés, rencontrés dans leur pratique.

Parmi ces EPR déclarés et non ciblés, 47 sont liés aux documents radiographiques ; quarante neuf pour cent d'entre eux témoignent de l'absence de ces documents au bloc opératoire et 29% concernent une erreur de côté (affichage ou marquage inversé de la radio). La présence de radiographies anciennes ou de mauvaise qualité, appartenant à un patient différent voire à un homonyme est également rapportée.



Au vu de ces déclarations, il apparaît donc indispensable d'établir des recommandations afin d'améliorer les procédures, de mieux organiser le travail de l'équipe et d'accroître la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient en disposant des clichés radiographiques nécessaires.

Le recours à un outil dérivé des recommandations, type check-list ou « aide mémoire », permettrait de standardiser et d'optimiser les procédures en vérifiant systématiquement la disponibilité des clichés radiographiques avant tout acte chirurgical.

La check-list est constituée d'une liste d'items, présentés de manière systématique qui permettent aux utilisateurs de pointer leur présence-absence et, en conséquence, de s'assurer de la réalisation ou non d'actions-clés¹.

Cette procédure de vérification de la présence des clichés radiographiques, avant l'intervention, tout en déchargeant les professionnels d'efforts inutiles de mémoire et en facilitant l'organisation du travail de l'équipe, contribuera à améliorer la performance, la qualité des pratiques et la sécurité des patients.

La méthode d'élaboration de la check-list s'appuiera sur plusieurs étapes :

- Revue de la littérature ;
- Rédaction de la version provisoire de la check-list ;
- Soumission pour avis à un groupe de professionnels consultés à distance ; intégration des remarques puis relecture pour validation.
- Finalisation, diffusion et implémentation.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. DECLARATION EVENEMENTS INDESIRABLES ET AMELIORATION DE LA SECURITE DU PATIENT

La déclaration d'événements indésirables, au travers de bases de données nationales ou par spécialités, apporte une information utile afin de mettre en place des outils de prévention.

Le **NHS** (National Patient Safety Agency) **britannique**² a analysé, en 2009, **les incidents rapportés dans une base de données nationale**, afin d'améliorer la sécurité en chirurgie.

La majorité des incidents étaient liés au patient (31%), au traitement (13%), à des problèmes d'infrastructure (9%), à des médicaments (9%) et à des **problèmes liés à la documentation (8%)**.

Dans sa revue de la littérature, le NHS soulignait, qu'afin de garantir la sécurité du patient, il était aussi important de se concentrer sur des petits problèmes que sur les plus graves. Par exemple, le retard dans le traitement est souvent rapporté dans les études, et bien souvent les événements indésirables qui affectent le patient ont une origine technique (mauvais comptage, mauvais fonctionnement de l'équipement..).

En analysant les facteurs influençant la performance et la sécurité, cette revue mettait en évidence l'intrication de nombreux facteurs culturels et humains, techniques et organisationnels parmi lesquels : la fatigue et le stress, la variabilité dans l'engagement et la stratégie managériale ; les erreurs de communication et de coordination (information manquante, non respect du timing) ; les problèmes de formation des différents membres de l'équipe ; les erreurs techniques ; les problèmes d'équipement, de retard, d'annulation etc.

Le NHS indiquait dans ses conclusions, que **des mesures doivent être préconisées afin d'améliorer la communication et simplifier le transfert d'information : coordination et standardisation des rôles et des tâches avec amélioration de la supervision ; utilisation de protocoles, check-lists, briefings pré et per-opérateurs**.

Le NHS concluait, que des check-lists et des protocoles, lorsqu'ils étaient élaborés avec méthode, pouvaient être très efficaces pour améliorer la performance et la sécurité au bloc opératoire.

II. INTERET DE L'UTILISATION D'UNE CHECK-LIST

Plusieurs organismes ont développé des protocoles basés sur l'utilisation de check-lists spécifiques destinées par exemple à éviter des erreurs de site opératoire³, ou des check-list moins spécifiques destinées à garantir la sécurité du patient au bloc opératoire^{4,5}.

La plupart des études identifiées dans la littérature concernent l'utilisation d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (type OMS⁴), et dont l'impact a été analysé en termes de **réduction de la morbi-mortalité postopératoire, évitement des retards voire des annulations** et en termes d'**amélioration de la communication** :

- La mise en œuvre de la check-list OMS⁴ « sécurité du patient au bloc opératoire » entre octobre 2007 et septembre 2008, dans huit hôpitaux de différents pays avec près de 4 000 interventions chirurgicales réalisées, a montré une diminution significative du taux de mortalité, passant de 1,5 % à 0,8% et une réduction significative du taux de complications, passant de 11,0 % à 7,0 %⁶.

Cette check-list avait pour objectif d'améliorer la coopération et la communication de l'équipe afin de réduire les erreurs (site opératoire, matériel laissé in situ), les complications anesthésiques, hémorragiques, allergiques, infectieuses. Elle comportait 19 items concernant les trois temps critiques d'une intervention : avant l'induction de l'anesthésie, immédiatement avant l'incision, et avant que le patient soit transféré hors du bloc opératoire.

- L'utilisation d'une check-list (SURPASS) a été appliquée dans 6 CHU hollandais entre octobre 2007 et mars 2009⁷ (comparaison avec 5 autres CHU témoins sans implémentation de la CL). Cette check-list comportait quelques items en plus de ceux décrits dans la CL de l'OMS, parmi lesquels une revue de toutes les radiographies, une vérification du marquage du côté opéré, des médicaments et soins prescrits en pré et post opératoire y compris jusqu'à la sortie de l'hôpital (tous ces items étant revus dans le temps de l'intervention au bloc, selon les items avant, pendant ou à la fin). L'introduction de la CL montrait, à 3 mois, une diminution du taux de complications passant de 27,3% à 16,7% et une diminution de 1,5% de la mortalité tandis qu'aucune amélioration n'était observée dans les CHU témoins.
- L'analyse de l'impact de l'introduction d'une check-list avec briefing⁸, sur le respect des horaires au bloc, a montré une réduction de 31% des retards opératoires, ainsi qu'une réduction des problèmes d'incompréhension dans l'équipe avec une augmentation de son potentiel d'anticipation et de coordination.
- L'introduction d'une check-list dans un CHU canadien⁹, auprès de différents professionnels (chirurgiens, anesthésistes, infirmières), a permis de mesurer les erreurs de communication survenant au bloc opératoire (messages ou consignes mal adressés, mal reçus, pas au bon moment, pas à la bonne personne, susceptibles de modifier les décisions ou actions de l'équipe...) ainsi que la perception des soignants quant à l'utilité de la check-list. Le nombre moyen de problèmes de communication baissait de 3,3 à 1,33.
Quatre vingt douze pour cent des professionnels estimaient que la check-list les avait aidés à identifier ou résoudre ces problèmes et 88% pensaient qu'elle avait permis d'éviter de possibles erreurs.

III. DONNEES EN CHIRURGIE ORALE ET MAXILLOFACIALE

Peu de données ont été identifiées.

Dans le cadre de la sécurité du patient au bloc opératoire, une version de la check-list OMS, adaptée à la chirurgie orale ambulatoire, vient d'être proposée récemment par une équipe espagnole¹⁰. Ce document est constitué de 18 items répartis en 2 sections : les items à vérifier avant de démarrer la chirurgie et ceux à vérifier après la chirurgie, avant que le patient ne quitte le bloc opératoire.

- Certaines données soulignent les problèmes posés par les retards et les annulations des interventions chirurgicales.

Ainsi, le taux d'annulation d'interventions orales et maxillo-faciales a été évalué en prenant pour indicateur de performance, un taux d'annulation quotidien de 0,5 % ou moins. Une étude rétrospective¹¹ concernant 912 interventions en ambulatoire ou non, sur une période de 8 mois, a mis en évidence la survenue d'une annulation dans 13% des cas, pour des raisons non cliniques mais logistiques.

Parmi ces 13%, 4% des interventions ont été annulées le jour même. Parmi les 39 patients concernés, 3 seulement n'ont pu obtenir une nouvelle admission dans les 28 jours.

- Les autres données concernent la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, des standards ont été définis pour prévenir et traiter les événements indésirables liés à des activités chirurgicales.

▪ L'organisme américain d'accréditation pour les structures de chirurgie ambulatoire a défini des standards pour la chirurgie orale et maxillofaciale¹².

Ces standards concernent les conditions techniques nécessaires à la réalisation de la chirurgie, l'organisation des locaux, le matériel, notamment en fonction des différents types d'anesthésie, les modalités de prévention et de prise en charge des complications éventuelles, la formation du chirurgien et de l'équipe.

Parmi les standards définis, **un protocole « temps de pause » (time-out), avant chaque intervention, est préconisé ; ce protocole inclut** les points suivants:

- **Vérification par l'équipe de la présence des documents médicaux et des documents d'imagerie. Les informations manquantes doivent être signalées à ce moment là.**
- Marquage du site chirurgical identifié selon le protocole requis pour la chirurgie orale et maxillo-faciale et pour les traitements dentaires.
- Temps de pause juste avant de démarrer la chirurgie : dernière vérification par au moins 2 membres de l'équipe confirmant que tout est correct : identité du patient, type de procédure, marquage du site chirurgical, équipement spécial si nécessaire.
- Par mesure de précaution, la procédure ne démarre pas avant que toutes les questions ou problèmes soient résolus.

▪ L'Association Américaine des Chirurgiens Oraux et Maxillo-Faciaux rappelait, dès 2007, les objectifs de sécurité du patient développés par la commission jointe d'accréditation des organisations professionnelles de soins, et applicables à la chirurgie ambulatoire et aux structures dédiées, en cabinet de stomatologie et chirurgie maxillofaciale¹³.

Ces objectifs incluait entre autres, l'amélioration de l'identification du patient et du site chirurgical (avec notamment le marquage du nom et du site à opérer sur les documents et les radiographies ainsi qu'un temps de pause avant l'intervention pour tout vérifier), **l'amélioration de la communication et de son efficacité entre tous les intervenants**, la réduction du risque infectieux, la sécurité médicamenteuse, et **l'implication des patients au processus sécuritaire**.

Dans les objectifs d'amélioration de la communication entre tous les soignants, chirurgien et membres de l'équipe, les procédures suivantes étaient préconisées :

- Pour une demande d'examen, verbale ou téléphonique, ou pour le compte-rendu téléphonique de résultats d'un examen, **vérifier intégralement la demande ou le résultat d'examen avec la personne enregistrant l'information et en faire une relecture**;
- Standardiser une liste d'abréviations, acronymes, symboles ;
- **Evaluer si le compte-rendu des résultats d'examen et sa réception par le soignant responsable sont opportuns**;
- Implémenter si nécessaire une approche standardisée pour améliorer la communication en intégrant des temps question/réponse.

Ces préconisations rejoignent les recommandations du Collège Américain de Radiologie¹⁴ concernant la communication des documents d'imagerie :

- **Des soins de qualité ne peuvent être apportés que si les résultats d'examen sont transmis à temps voulu** aux responsables décidant du traitement, avec une communication adéquate entre le médecin consulté interprétant l'examen et le médecin référent. Ainsi, le radiologue (ou son représentant) peut s'assurer par téléphone ou en personne auprès du médecin référent (ou son représentant) que les résultats ont été bien reçus.
- Ce devoir d'information réciproque est partagé ; **le médecin référent (ou un autre soignant responsable) est aussi responsable d'obtenir les résultats et documents d'imagerie qu'il a prescrits**.
- L'interprétation d'une image requiert l'engagement et la coopération du personnel administratif, des cliniciens et des médecins interprétants.
- La demande d'examen, quant à elle, doit être précise et accompagnée des informations cliniques pertinentes afin d'adapter au mieux l'examen (et le compte rendu associé) aux besoins du patient.

METHODE ET OBJECTIFS

I. METHODE D'ELABORATION DE LA CHECK-LIST

- Lors d'une **réunion de cadrage** en avril 2011, la Fédération de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, organisme agréé d'accréditation de la spécialité, a décidé de promouvoir un programme de gestion des risques, permettant d'améliorer l'organisation des actes chirurgicaux au bloc opératoire en prenant en compte la déclaration d'EPR, non ciblés, indiquant l'absence fréquente d'éléments d'imagerie au bloc opératoire.

- **L'élaboration d'une check-list a été retenue** ; la procédure s'appuie sur :

▪ Un groupe de pilotage assurant la logistique du projet et garant du respect de la méthode :

Dr Francis Dujarric (Suresnes), Pr Patrick Goudot (Paris), Dr Françoise Saint-Pierre (Paris).

▪ Un groupe de dix professionnels contactés par la FSCMF et interrogés à distance :

Dr Jean-Michel BELLAICHE (Bagnolet), Dr Vanessa BELLOT-SAMSON (Marseille), Dr Patrick-Yves BLANCHARD (Maisons-Lafitte), Dr Bernard HOFMANN (Toulon), Pr Laurent GUYOT (Marseille), Dr Pierre KLEIN (Pau), Dr Eric MALADIERE (Perpignan), Dr Blandine RUHIN (Paris), Dr Michel SIMOUNET (Royan), Dr Thien Thanh TRAN (Lisieux).

- **La méthode** d'élaboration de la check-list repose sur la prise en compte des données de la littérature et de l'avis des professionnels.

▪ Dans un premier temps, une recherche documentaire est réalisée en interrogeant plusieurs sources de données : la base de données internationale Medline, des sites publiant des recommandations et des rapports d'évaluation ainsi que des sites internet d'organisations professionnelles compétentes dans le domaine étudié (voir annexe I).

Les données de la littérature sont ensuite analysées et synthétisées afin de rédiger un argumentaire et la version initiale de la check-list.

L'argumentaire et la version initiale de la check-list sont ensuite adressés aux professionnels qui donnent leur avis à l'aide d'un questionnaire destiné à recueillir l'appréciation concernant l'argumentaire, le contenu et la lisibilité de la check-list. Une grille de cotation est jointe à ce questionnaire.

▪ Dans un second temps, les commentaires des professionnels interrogés à distance sont pris en compte pour rédiger la version finale de la check-list ; cette dernière est envoyée pour relecture et validation.

▪ La diffusion de la check-list est assurée par la FSCMF.

II. OBJECTIFS DE LA CHECK-LIST

- Les données analysées dans la littérature^{12 13 14} soulignent la **nécessité d'améliorer la communication entre les différents intervenants impliqués dans la prescription de l'examen radiographique, la transmission des résultats, leur réception et enregistrement, et enfin dans la vérification de leur disponibilité, en vue d'une intervention chirurgicale.**

Tous les acteurs, personnel administratif, chirurgien, infirmière, assistante, radiologue voire patient sont responsables de la disponibilité des documents radiographiques ; **l'absence des clichés doit être anticipée.** Si la radiologie est indisponible ou si des divergences apparaissent, un protocole de vérification doit être mené pour trouver les radios et les informations manquantes.

Un des outils d'amélioration, adapté et spécifique au problème de la traçabilité et de la disponibilité des clichés radiographiques, est le recours à un protocole ou check-list, visant à vérifier la disponibilité des documents d'imagerie.

- Les professionnels interrogés soulignent plusieurs points :

- **La check-list proposée ne doit pas se superposer à la check-list de sécurité utilisée au bloc opératoire ; elle sera utilisée en amont, durant l'étape de consultation/ programmation** afin d'éviter par la suite de retarder ou modifier le planning opératoire.

- A cette étape de programmation, le chirurgien doit vérifier la disponibilité des clichés demandés, leur date et qualité, leur conformité avec l'identité du patient, le côté et le site à opérer.

- Le patient est impliqué dans le processus. La secrétaire (ou assistante) notera, à l'issue de cette étape, si les radios ont été remises au patient ou conservées dans le dossier.

ANNEXE I : RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche a été limitée aux publications en langue anglaise et française, sans limites dans le temps.

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques a été construite en utilisant, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- **Base de données Medline**

Les termes suivants (MeSH) ont été utilisés :

Oral Surgical Procedures or Maxillofacial Surgical Procedures /protocols
Checklist/methods
Medical Errors/prevention & control
Safety Management/Method
Accreditation/standard
Ambulatory Surgical Procedures/standard
Communication

- **Sites internet**

American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology
American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities
American Association of Oral and Maxillofacial Surgery
American College of Radiology
American Dental Association
American Society for Aesthetic Plastic Surgery
American society of maxillofacial surgeons
Banque de Données en Santé Publique
Centre for Reviews and Dissemination
European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery
Guidelines International Network – GIN
Haute Autorité de Santé
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
International Association of dento-maxillo-facial radiology
Joint commission, accreditation, health care, certification
National Guideline Clearinghouse – NGC
National Patient Safety Agency
National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE
Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN
Société Française de Radiologie
Société Française de Stomatologie et Chirurgie MaxilloFaciale
The Royal College of Surgeons of England

ANNEXE II : BIBLIOGRAPHIE

- 1- Brigitte Hales, Marius Terblanche, Robert Fowle. Development of medical checklists for improved quality of patient care. International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 1: pp. 22–30
- 2- Ken Catchpole, Sukhmeet S. Panesar, Joan Russell, Vivian Tang, Peter Hibbert and Kevin Cleary. Surgical safety can be improved through better understanding of incidents reported to a national database. NHS. 2009. www.nrls.npsa.nhs.uk. Consulté Juin 2011
- 3- The Joint Commission. Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery. Available at <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol/>. July 2010.
- 4- National Patient Safety Agency. WHO Surgical Safety Checklist <http://www.npsa.nhs.uk/checklist/>
- 5- Haute Autorité de Santé. Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » version 2011- 01. www.has-sante.fr
- 6- Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, N Eng J Med 2009; 360:491-9.
- 7- De Vries, E., Prins H., Crolla R., and the SURPASS group, Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes, N Eng J. Med 2010, 363:1928-1937
- 8- Nundy, S, Murkherjee A, Sexton B, Pronovost P, Knight A, Duncan M, Syin D, Makary M. Impact of Preoperative Briefings on Operating Room Delays, Arch Surg. 2008;143(11):1068-1072
- 9- Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznic R, Baker B, Doran D, Espin S, Bohnen J, Whyte S. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication, Arch Surg. 2008;143(1):12-17
- 10- Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, García-Marín , Labajo González E. Proposal for a surgical checklist for ambulatory oral surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 May 18.
- 11- Sundaram K, Sankaran S, Amerally P, Avery CM. Cancellation of elective oral and maxillofacial operations. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007 Dec; 45(8):656-7.
- 12- American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities. Oral and Maxillofacial Surgery Facility Standards and Checklist for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities. Version One. March 2010. www.aaaasf.org
- 13- The need for national patient safety goals for ambulatory oral and maxillofacial surgery. Editorial. J Oral Maxillofac Surg 65:1-2, 2007
- 14- The American College of Radiology. ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. 2010. www.acr.org/.../quality_safety/guidelines/dx/comm_diag_rad.aspx. consulté juin 2011