

# GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



**PROJET HIGH 5s**  
**La prévention des erreurs  
de procédure et de site  
en chirurgie**

VERSION FRANÇAISE

EDITION OCTOBRE 2012

## AVERTISSEMENT

Ce guide de marquage s'inscrit dans le cadre du projet international High 5s. High 5s a été initié par l'OMS en 2007 afin d'améliorer la sécurité des soins sur des grands problèmes de sécurité pour le patient, et notamment la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie.

Le marquage du site opératoire apparaît comme une étape clé pour prévenir les erreurs de site ; c'est l'une des 3 composantes de la pratique opérationnelle standardisée\* «La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie». Les deux autres étapes clés sont les vérifications préopératoires\* et les vérifications du time-out (ou temps de pause avant incision)\*. **Le marquage ne constitue pas à lui seul une stratégie de prévention, et ne dispense pas des vérifications préopératoires et du time out.**

Toute équipe chirurgicale qui souhaite instaurer le marquage peut s'inspirer des principes de base du marquage présentés dans ce guide.

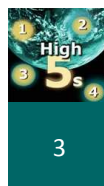
Un deux-pages « Les points clés du guide de marquage du site chirurgical » est également disponible.

Contact: [contact@cepral-sante.fr](mailto:contact@cepral-sante.fr)

\* Tous les mots suivis de « \* » sont répertoriés dans le glossaire p22

# Préface

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



Alas! How easily things go wrong! », écrivait George MacDonald dans *Phantastes*. Aucun chirurgien n'opère le mauvais patient, le mauvais côté, ne retire le mauvais organe ou n'effectue la mauvaise procédure délibérément. Et pourtant cela se produit, comme l'atteste le nombre de cas d'erreur de site qui s'élève à 1-2 pour 100 000 actes chirurgicaux—soit un nombre étonnement élevé pour un événement reconnu par la plupart des professionnels comme ne devant jamais survenir. **A l'évidence, compétence et bonne intention de la part du chirurgien ne suffisent pas.** Comme pour la plupart des événements indésirables évitables, la prévention nécessite un effort actif, non seulement du chirurgien, mais de toute l'équipe chirurgicale impliquée dans les processus opératoires et péri opératoires, qui ont été soigneusement conçus pour prévenir la survenue de tels événements.

« La prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie » implémentée dans des hôpitaux sélectionnés dans le monde, est une des Pratiques Opérationnelles Standardisées (POS)\* du projet OMS « High 5s: agir pour la sécurité des patients ». L'accent est mis sur la standardisation des processus péri-opératoires dans le but de réduire le risque d'erreur de site. Cette pratique est basée sur plus de 15 années de recherche sur l'incidence, les causes et les solutions à cet épineux problème. Il fixe des exigences de procédure pour les trois composantes du processus de prise en charge des patients pour la chirurgie: vérification préopératoire\*, marquage du site chirurgical et vérification au time out\*. Le marquage préopératoire du site s'avère la composante la plus difficile à standardiser.

Cette nouvelle pratique donne des indications sur **ce qu'il faut faire** concernant le site de marquage (ainsi que les autres processus préopératoires). Le guide de marquage fournit des informations détaillées sur **la façon de le faire**, répondant aux besoins des hôpitaux pour la mettre en œuvre efficacement. Il décline des procédures spécifiques concernant le déroulement, l'endroit, la méthode, d'autres aspects de réalisation du marquage du site chirurgical ainsi que des indications supplémentaires sur la façon de gérer le marquage du site dans certaines situations particulières. Ce guide propose une approche globale pour une activité d'équipe, avec une attention particulière accordée au rôle du patient et de sa famille dans le processus. Des exemples spécifiques de marquage correct et incorrect de site, complétés par des photos de vrais patients explicitent les procédures.

Enfin, il cite la réglementation applicable et comprend les réponses aux questions les plus fréquemment posées au sujet de marquage du site chirurgical par les équipes.

Les conseils proposés ici sont entièrement compatibles avec les exigences du POS High 5s ainsi qu'avec le protocole universel et la check-list OMS « pour une chirurgie plus sûre ». C'est un outil de référence précieux pour les chirurgiens, les infirmières de bloc opératoire et tous ceux qui participent au processus de préparation des patients pour la chirurgie.

Dr Rick Croteau,

Joint Commission International

La Haute Autorité de Santé est fortement impliquée dans la promotion des changements de pratiques et de la culture de sécurité dans les établissements, en lien avec les procédures de certification et d'accréditation des médecins. La check-list HAS « sécurité des soins au bloc opératoire » est ainsi devenue une pratique prioritaire intégrée à la procédure de certification des établissements de santé depuis 2010 et est désormais déployée sur l'ensemble des blocs opératoires.

La Haute Autorité de Santé est engagée en partenariat avec le CEPPRAL (Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes) depuis 2009 dans le projet OMS High 5s « Agir pour la sécurité des patients ». La prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie est un « Standard Operating Protocol », solution ou pratique organisationnelle standardisée mise en œuvre et évaluée par une cinquantaine d'hôpitaux dans le monde, dont 9 établissements de santé français. Le parcours pré interventionnel du patient hospitalisé est sécurisé via la standardisation des étapes de vérifications préopératoires, de marquage du site chirurgical et du « time out », tracées sur une check-list High5s intégrant la check-list HAS.

La mise en œuvre du marquage par les équipes françaises a soulevé des questions organisationnelles et techniques, des problématiques d'ordre culturel, éthique et liées aux questions de responsabilité médico-légale. Cette pratique exigeante déclinée dans une dizaine de spécialités a convaincu les professionnels impliqués dans le projet. Après deux années d'implémentation et d'évaluation et à mi parcours du projet High5s, 20 000 patients ont bénéficié en France du marquage chirurgical avec un taux élevé de respect de la procédure de marquage et un excellent accueil par les patients.

Le marquage est un facteur potentiellement important d'évolution des pratiques et de sécurisation accrue des patients si on le rapporte aux 4 millions d'interventions chirurgicales\* pratiquées annuellement en France. Cette pratique est appelée à se développer dans le parcours préopératoire du patient hospitalisé et en ambulatoire. Elle sera portée par la certification V2014 des établissements à travers la reconnaissance de pratiques remarquables.

Ce guide de marquage High5s, réalisé à l'initiative du CEPPRAL et de la HAS en collaboration avec les établissements, a bénéficié de l'expertise de la Joint Commission International. C'est une contribution importante dans la perspective de l'intégration de bonnes pratiques de marquage dans l'activité quotidienne des équipes, au-delà des seules équipes engagées dans High5s.

**Pr Jean-Luc Harousseau,**  
**Président du Collège**  
**de la Haute Autorité de Santé**

\* Source: Union des Chirurgiens De France

# Sommaire

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



<b>1. Introduction</b>	<b>6</b>
<b>2. Procédure de marquage dans le projet High 5s</b>	<b>7</b>
2.1. Implication du patient et de la famille	7
2.2. Réalisation du marquage	8
2.3. Exceptions de marquage	10
2.4. Cas particuliers	11
2.5. Traçabilité et vérification du marquage	12
2.6. Le marquage illustré	15
<b>3. Les questions des équipes</b>	<b>18</b>
<b>4. Témoignages</b>	<b>19</b>
<b>5. Sources</b>	<b>20</b>
<b>Annexe : Glossaire</b>	<b>22</b>



# Introduction

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



La Haute Autorité de Santé s'est engagée en 2009, dans le projet collaboratif international de l'OMS « High 5s - agir pour la sécurité des soins » dont fait partie la pratique opérationnelle standardisée « La prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie ». Le CEPPRAL accompagne les 9 établissements de santé français qui mettent en œuvre et évaluent cette nouvelle pratique dont le marquage est un des points clé.

Ce guide de marquage a été réalisé par le CEPPRAL et la HAS en collaboration avec les établissements et avec l'expertise de la Joint Commission International. Son objectif est de faciliter la réalisation du marquage par les professionnels des équipes engagées dans High5s, pour la plupart desquelles le marquage était une pratique encore totalement nouvelle en 2010<sup>1</sup>.

## LE CHAMP DE LA PRATIQUE OPERATIONNELLE HIGH 5S

La pratique opérationnelle High 5s s'applique à tous les actes pratiqués dans les blocs opératoires de l'établissement, à l'exception des salles dédiées à l'ambulatoire<sup>2</sup>.

## LE MARQUAGE DU SITE OPÉRAIRE : UNE ÉTAPE CLÉ POUR PRÉVENIR LES ERREURS DE SITE

L'absence de stratégie de prévention au cours de la phase préopératoire est la cause d'erreurs de site en chirurgie la plus fréquente.

Aux Pays Bas, *de Vries et al*<sup>3</sup> ont rapporté à partir des données assurantielles 294 plaintes entre 2004 et 2005. Les erreurs de personne, site ou côté occupent la 3ème place, soit 16% des plaintes (34 cas). Dans 12% des cas, le facteur contributif principal est l'absence ou la mauvaise utilisation d'une procédure de marquage. Les trois quart de ces erreurs auraient pu être prévenues par l'application correcte d'une procédure de marquage. En France, SHAM, qui assure 80% des établissements de santé publics et 25% des cliniques privées, a relevé entre 2007 et 2010 en moyenne 16 erreurs « avérées » de côté, site ou personne par an.

<sup>1</sup> Enquête du CEPPRAL sur l'état des lieux des pratiques de marquage avant la mise en œuvre du marquage High5s et recensement des difficultés rencontrées par les équipes

<sup>2</sup> Exclusion des salles d'endoscopie et de cathétérisation ainsi que des salles d'accouchement et salles essentiellement dédiées à la chirurgie ambulatoire.

<sup>3</sup> De Vries et al (Prevention of Surgical Malpractice Claims by a Surgical Safety Checklist – de Vries, Annals of surgery – Jan 2011)

\* Tous les mots suivis de « \* » sont répertoriés dans le glossaire p22

## 2.1 IMPLICATION DU PATIENT ET DE LA FAMILLE

**L**e chirurgien a la responsabilité de proposer au patient le marquage et le devoir de l'informer des bénéfices du marquage, à savoir son intérêt pour la sécurisation de l'acte chirurgical.

L'implication du patient et de sa famille contribue à renforcer l'efficacité du processus de marquage et doit être encouragée.

### INFORMATION ORALE DÉLIVRÉE PAR LE CHIRURGIEN, INFORMATION ÉCRITE SUR LA CHECK-LIST\* REMISE AU PATIENT

Les établissements ont choisi d'expliquer au patient l'utilité et l'intérêt de la check-list\* en consultation. La check-list est gardée par les établissements dans le dossier médical du patient.

Un établissement participant à High 5s a choisi d'impliquer le patient en le nommant détenteur de sa check-list et en lui demandant de l'amener à toutes les consultations préopératoires\* et le jour de l'hospitalisation pour l'intervention. Une information destinée au patient est écrite sur la première page de la check-list.

Le patient doit également être informé que le marquage doit rester visible malgré la douche pré-opératoire.

#### Le patient

Hormis lorsque l'état du patient ne le permet pas (ex patient confus...), il est recommandé d'effectuer le marquage en impliquant activement le patient, raison pour laquelle le marquage doit être réalisé lorsque le patient est éveillé et conscient.

#### Cas des enfants

Leurs parents doivent être impliqués dans le processus de marquage.

#### Cas des adultes handicapés ou ne pouvant s'exprimer

Les membres de la famille doivent avoir la possibilité de s'impliquer dans le processus de marquage.

**Le patient peut refuser le marquage. Les cas de refus sont très rares.**

**Depuis janvier 2011, aucun patient (sur 8547 check-lists initiées)<sup>3</sup> n'a refusé le marquage.**

**Cependant, une procédure en cas de refus du marquage par le patient doit être rédigée.**

<sup>3</sup> A la date du 2 décembre 2011

## 2.2 RÉALISATION DU MARQUAGE

### Quand effectuer le marquage ?

Le marquage est effectué **avant l'entrée du patient dans la salle d'opération** et idéalement avant pré-médication sédatrice sur un patient éveillé et conscient.

### Comment effectuer le marquage ?

Le marquage est réalisé après que toutes les informations disponibles concernant l'identité du patient, la procédure et le site/ côté de l'intervention (dires du patient, dossier médical, notes, imagerie, consentement...) ont été vérifiées et croisées.

### Qui effectue le marquage ?

Le site est préférentiellement marqué par le chirurgien qui réalisera l'intervention.

La personne qui marque le site est identifiée dans le dossier médical (de préférence dans la check-list\* de vérifications préopératoires\*).

Une délégation est possible à un médecin ou une infirmière si cette personne participe à l'intervention ou est directement impliquée dans le processus de préparation du patient.

L'établissement doit préciser les **qualifications minimales** (par exemple : médecin, infirmière responsable) et le **rôle** (préparation du patient ou participation à l'acte chirurgical) de la personne à qui la responsabilité d'effectuer le marquage peut être déléguée.

Un médecin qui déléguerait certaines activités qui appartiennent à lui seul sur le plan légal, de manière isolée, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale.

### Et si le patient refuse le marquage?

Le patient a toujours le droit de refuser le marquage. Cette situation doit être gérée de la même manière que tout autre refus de soin. La responsabilité de l'établissement est d'expliquer au patient en quoi le marquage est souhaitable, et ce qu'implique son refus. Le patient peut alors prendre une décision éclairée. Le protocole ne prévoit pas d'annulation de l'intervention dans ce cas. Cette situation doit être documentée sur la check-list: une case est prévue à cet effet « le patient refuse le marquage ». Une procédure doit être rédigée au sein de l'établissement afin de gérer ce type de situation.

## LA RÉPONSE DE L'EXPERT: Dr Patrice PAPIN, expert High 5s pour la France

### Qualification et compétence

La confusion est fréquente entre qualification et compétence.

Pour répondre aux règles juridiques, la qualification doit s'appuyer sur une compétence, c'est-à-dire une aptitude à effectuer les actes, entérinée par un diplôme.

La notion de compétence peut d'une manière générale être définie comme « **la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation** ».

### Le domaine de compétence des infirmières

L'article R4311-2 du Code de Santé Publique précise que les soins infirmiers ont pour objet de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à **l'application des prescriptions médicales** contenues, le cas échéant, dans des **protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs**.

L'infirmier ou l'infirmière **peut accomplir des actes** :

- dans son propre rôle [Article R4311-5], dont le 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires,
- sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, ou en application d'un protocole [Article R4311-7],
- sur prescription médicale à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment [Article R4311-9] comme l'application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical, la pose de dispositifs d'immobilisation.

*Elle participe* à la mise en œuvre par le médecin des techniques comme la pose de systèmes d'immobilisation après réduction [Article R4311-10].



## La responsabilité du chirurgien

Le chirurgien est responsable des fautes de ceux qui sont soumis à son autorité et qui sont considérés comme **ses subordonnés, même s'ils sont salariés de l'établissement**. Il a un **devoir de surveillance des actes accomplis par les membres de son équipe**.

Il est responsable au titre de son obligation de moyens, de l'inattention et de la négligence de son préposé au titre de la responsabilité du fait d'autrui.

## La possibilité d'assimiler le protocole de marquage à une prescription médicale

Ainsi il est envisageable qu'un protocole de marquage du site opératoire, prenant en compte de multiples sources de preuves puisse être mis en œuvre par l'IDE après prescription médicale. **Ceci n'exonère pas le chirurgien de procéder à une vérification de la conformité du marquage en préopératoire en particulier par l'intermédiaire de la check-list sécurité au bloc opératoire.**

## Rôles et responsabilités des professionnels de santé dans l'application, le maintien et le suivi de la procédure de marquage

**Direction:** la direction de l'établissement a la responsabilité de s'assurer qu'une procédure de marquage, incluse dans le processus de vérifications préopératoires est en place dans l'établissement,

**Chefs de spécialités:** les responsables de chaque spécialité ont la responsabilité de s'assurer que les chirurgiens de leur spécialité effectuent le marquage de leur patient conformément à la procédure en vigueur au sein de leur établissement,

**Chirurgien:** le chirurgien (ou la personne qui effectue le marquage en cas de délégation) a la responsabilité de marquer le site opératoire de son patient préalablement à toute intervention et de réaliser le marquage conformément à la procédure en vigueur au sein de leur établissement.

En cas de refus du patient, il a le devoir d'appliquer les mesures prévues de l'établissement pour ces situations.

**Coordonnateur de la check-list\* au time out\*:** le coordonnateur de la check-list a la responsabilité de s'assurer que chaque patient a été marqué préalablement à son entrée en salle d'opération,

**Equipe en salle:** l'équipe présente en salle d'opération a la responsabilité de réaliser le time out\* et de s'assurer que le site chirurgical exact a été marqué avant le début de l'intervention.

## CARACTÉRISTIQUES D'UN MARQUAGE CORRECT

Le marquage a pour objectif **d'identifier sans ambiguïté le site** de l'incision ou de l'insertion.

Le marquage est réalisé sur le **site prévu** de l'incision ou **au plus près du site prévu** d'incision. Sauf si nécessaire, **aucun autre repère** que le site chirurgical ne doit être marqué.

La marque ne doit **pas être ambiguë**. L'utilisation de la croix est prohibée car elle pourrait être interprétée comme « n'opérez pas là ».

D'une manière générale, le type de marque est déterminé précisément selon la **volonté de chaque établissement** au moyen d'une **procédure de marquage formalisée et harmonisée** (même symbole de marquage pour tous les professionnels et pour l'ensemble des spécialités chirurgicales).

La marque utilisée peut être par exemple les initiales du chirurgien ou une ligne représentant l'incision proposée :

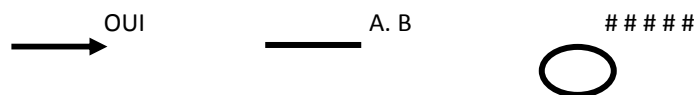


Figure 1 : Exemples de marquage

La marque doit être faite avec un marqueur cutané suffisamment tenace pour rester visible après la préparation du patient (préparation de la peau et pose du drap opératoire).

## Quels sites marquer ?

Le marquage du site chirurgical dans High 5s concerne a minima tous les cas d'incision ou d'instrumentation percutanée qui impliquent une **latéralité\***, des **structures ou surfaces multiples** (tendon fléchisseur, extenseur, lésions, doigts, orteils), ou **niveaux\*** (colonne vertébrale, vertèbre).

Un établissement peut décider de marquer tous les patients afin de prévenir les erreurs de personne et de site.

Les organes viscéraux simples: utérus, intestin, estomac, cœur, vessie, appendice... ne sont pas marqués.

### 2.3 EXCEPTIONS DE MARQUAGE

**D**ans certaines situations décrites ci-dessous, le marquage ne peut être réalisé pour des raisons techniques ou anatomiques. Une méthode alternative peut être utilisée pour identifier visuellement le bon site. Par exemple, un bracelet temporaire unique peut être placé du côté où doit avoir lieu l'intervention. Le bracelet doit indiquer le nom du patient, un second identifiant, l'acte prévu et le site. Le port du bracelet seul ne peut être recommandé en première intention du fait du risque de perte et d'erreur de repositionnement.

#### Urgences vitales

Les cas d'urgences mettant en jeu le pronostic vital et pour lesquels le temps de marquage engendre un risque supplémentaire pour le patient sont exemptés de marquage. La balance bénéfique risque est à évaluer par le chirurgien qui prend la décision de marquer ou non son patient.

#### Prématurés

Le marquage peut engendrer un tatouage permanent. Une méthode alternative doit être utilisée.

#### Chirurgie dentaire

Puisqu'il n'existe aucune méthode pratique ou fiable pour marquer directement la dent à extraire, la chirurgie dentaire est exemptée du marquage du site chirurgical. Cependant, comme ce type de chirurgie implique de « multiples structures », il est nécessaire d'utiliser une méthode alternative :

- Examen du dossier dentaire, des antécédents médicaux, des analyses de laboratoires, des schémas et radiographies dentaires. Le ou les numéros des dents concernées par l'opération doivent être indiqués ou le site chirurgical doit être marqué sur le schéma ou sur la radiographie à intégrer dans le dossier médical du patient.
- Vérification de l'orientation correcte des radiographies et d'un repérage visuel de la bonne dent ou des bons tissus.

#### Intervention bilatérale simultanée: chirurgie des deux yeux...

*Les avis divergent sur le sujet. En effet, certains préfèrent marquer les deux yeux, car, en cas de marquage non fait, le risque est d'opérer les deux yeux alors qu'un seul devrait l'être.*

#### Endoscopies

Tous les actes d'endoscopies seuls sans programmation d'une intervention invasive sont exemptés de marquage. Les sites pour lesquels le lieu d'accès n'a pas été prédéterminé comme le cathétérisme cardiaque et autres procédures minimalement invasives, sont considérés comme exemptés.

## Plaies ou lésions

Le marquage du site est exempté dans le cas des plaies ou lésions évidentes, si cette blessure ou la lésion est le site de l'intervention chirurgicale. Cependant, en cas de blessures multiples et si seulement certaines d'entre elles doivent être traitées, ces sites doivent alors être marqués.

**Cas dans lesquels la latéralité doit être confirmée** après examen sous anesthésie ou une exploration.



## 2.4 CAS PARTICULIERS

### Chirurgie du rachis

Le marquage est habituellement réalisé en deux étapes : marquage cutané préopératoire de la région/niveau général de la colonne vertébrale (cervical, thoracique ou lombaire). Dans un second temps, des techniques radiographiques intraopératoires spéciales sont utilisées pour marquer le niveau vertébral exact .

### Coelioscopie/actes chirurgicaux peu intrusifs

Prévus pour opérer un organe interne latéralisé par voie percutanée ou par voie naturelle, la marque doit figurer sur le site de l'insertion ou à côté et une flèche indique le côté à atteindre.

### Sénologie en cas de tumorectomie

Une alternative de marquage au marqueur a été acceptée par la Joint Commission : les masses non palpables sont marquées sous contrôle échographique en radiologie. Un repère métallique relié à un fil est introduit jusqu'à la tumeur. Le fil est bien visible et fixé sur la peau par un pansement. C'est la méthode couramment utilisée aux Etats-Unis par les chirurgiens.

Un hôpital a ajouté dans sa procédure, en plus du marquage au harpon, un contrôle supplémentaire: le marquage du site avec une flèche, réalisé dans le service.

### Ophtalmologie

La Bétadine® peut être utilisée comme moyen de marquage à la place d'un marqueur. Pour les peaux foncées, une alternative est proposée avec du ruban adhésif apposé sur la paupière du côté à opérer en complément de la pose d'un bracelet du côté à opérer et sur lequel il doit y avoir : nom, prénom, date de naissance du patient, intervention prévue, site et côté à opérer. L'utilisation de ruban adhésif seul ou du bracelet seul ne peut pas être utilisée comme moyen de marquage du site.

### Chirurgie ORL

Les amygdalectomies, adénoïdectomies, laryngectomies sont des cas techniquement impossibles à marquer. L'exception de marquage est retenue.

### Doigts ou orteils

Tous les doigts/orteils devant être opérés doivent présenter un marquage individuel précisant le ou les doigts à opérer.

### Ovaires

Si l'opération concerne les 2 ovaires, le marquage n'est pas requis.

### Thyroïde

Si l'opération concerne l'organe complet, le marquage n'est pas requis.

### Traçabilité du marquage sur la check-list\* High 5s

La réalisation ou non du marquage dans le cas d'une exception ou d'un refus par le patient doit être tracée sur la check-list High 5s dans l'encadré prévu à cet effet (figure 2).

Si le marquage a été fait et réalisé correctement:

La case « OUI » à la question « le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct ? » doit être cochée. Il s'agit de la **case « D »**.

Si le marquage a été fait mais n'a pas été réalisé correctement:

La case « NON » à la question « le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct ? » doit être cochée. La caractéristique d'un marquage correct qui n'a pas été respectée doit être entourée dans la liste figurant dans l'encart.

Si le cas ne relève pas des critères de marquage High 5s,

Ou si le cas est exempté de marquage ou que le marquage est impossible à réaliser:

La **case « F »** est cochée.

Traçabilité de la gestion des discordances

Si une discordance\* est observée, c'est-à-dire que le marquage n'a pas été réalisé ou que le marquage ne répond pas aux caractéristiques d'un marquage correct: celle-ci est documentée au niveau de la **case « E »** si l'intervention est annulée. Si l'intervention est maintenue malgré cette discordance, cet élément doit être tracé dans la case prévue à cet effet. Cependant, tous les membres de l'équipe doivent avoir été avertis de cette décision avant le début de l'intervention.

<b>MARQUAGE</b>	
<b>Le marquage est requis si :</b> → <b>Latéralité, Surface (fléchisseur, extenseur), Niveau (colonne vertébrale), Doigt ou Lésion</b>	
Le marquage du site est-il requis / possible ?	NON <input type="checkbox"/> <b>F</b>
OUI ↓	
Le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct ?	OUI <input type="checkbox"/> <b>D</b> NON <input type="checkbox"/> Le patient refuse le marquage <input type="checkbox"/>
<i>Si le marquage ne satisfait pas aux caractéristiques d'un marquage correct, décision prise :</i>	
Intervention annulée	<input type="checkbox"/> <b>E</b>
Intervention maintenue	<input type="checkbox"/>
<b>Les caractéristiques d'un marquage correct :</b> (Si la case "Non" est cochée ci-dessus, merci d'entourer dans cette liste tous les items qui ne sont pas respectés) :	
1. Le marquage est effectué par le chirurgien qui opère ou par une personne qualifiée désignée (Médecin ou infirmière participant à la préparation ou à l'intervention)	6. Le marquage est sans ambiguïté ("X" n'est pas un symbole utilisable pour marquer un site)
2. Le marquage est fait avant que le patient ne soit amené dans la salle d'opération.	7. Le marquage est réalisé en utilisant une encre indélébile
3. Le patient est conscient et impliqué lors du marquage lorsque c'est possible	8. Les modalités de marquage sont cohérentes avec les règles de l'établissement
4. Le marquage est réalisé au plus près du site d'incision	9. Lors d'un accès médian à un organe latéral, le marquage indique le côté à opérer
5. Seul le site devant être opéré est marqué	
<b>Nom de la personne qui a effectué le marquage :</b>	

Figure 2 : Encart de la check-list concernant le marquage

## Identification de la personne qui a effectué le marquage

Pour chaque cas nécessitant le marquage, la personne qui marque le site est identifiée dans le dossier médical et de préférence dans la check-list High 5s, à l'emplacement prévu (figure 2).

## Vérification du marquage

La vérification finale du marquage est réalisée au cours du temps de pause avant incision (« time out », figure 3). Initié par le coordonnateur de la check-list, toute l'équipe présente en salle confirme oralement que le site chirurgical correct a été identifié, au regard du marquage et de tous les éléments dont elle dispose (dossier...).

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE				
Temps de pause avant incision ou "Time out"				
Le "time out" avant incision a-t-il été réalisé correctement ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <small>(Si non, encreuse et/ou non-conforme cl- de coug)</small>	
Caractéristiques d'un "time out" correct :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le "time out" a lieu immédiatement avant l'incision</li> <li>- Le "time out" est initié par un coordonnateur désigné</li> <li>- Tous les membres de l'équipe opératoire participent au "time out"</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a une communication active entre tous les membres de l'équipe opératoire</li> <li>- Durant ce temps, les activités non essentielles sont suspendues</li> </ul>		
ACTEUR	7. Le "time out" permet une vérification croisée au sein de l'équipe de :	Aucune discordance	Une discordance est notée	Non applicable
		Si une discordance est notée, merci d'entourer l'item spécifique qui est manquant ou incorrect dans la liste de gauche		
		↓	↓	↓
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identité correcte du patient (x2)</li> <li>• la procédure d'intervention (consentement et autres informations sont croisées)</li> <li>• le site opératoire correct avec visualisation du marquage</li> <li>• le positionnement correct du patient au regard de la procédure opératoire et du site</li> <li>• la disponibilité et l'étiquetage correct de l'imagerie</li> <li>• la disponibilité des dispositifs médicaux stériles</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention :			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sur le plan chirurgical (Temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</li> <li>• sur le plan anesthésique</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	
	<i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	
	(Risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus)	<input type="checkbox"/> N/A		
	9. Antibio prophylaxie effectuée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/R
	La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A
<b>Temps de "time out" : résumé</b>				
<b>"Time out" complet</b> (tous les éléments listés ci-dessus sont cochés)		<input type="checkbox"/>	G	
<b>Une ou plusieurs discordances ont été notées dans le "time out"</b>		<input type="checkbox"/>	H	
<b>Gestion des discordances :</b>				
Toutes les discordances ont été résolues		<input type="checkbox"/>		
Intervention annulée car une ou plusieurs discordances non résolues		<input type="checkbox"/>	I	
Intervention maintenue malgré une discordance non résolue		<input type="checkbox"/>	J	

Figure 3 : Encart de la check-list concernant le time out

### Discordances liées au marquage à reporter au time out :

- Si la réponse à la question « le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct ? » est « NON » (figure 4),

—> une discordance doit être notée au time out : la **case H** est cochée (figure 5).

<b>MARQUAGE</b>			
<b>Le marquage est requis si :</b> -> <b>Latéralité, Surface (fléchisseur, extenseur), Niveau (colonne vertébrale), Doigt ou Lésion</b>			
Le marquage du site est-il requis / possible ?	→	NON <input type="checkbox"/>	<b>F</b>
<p>OUI ↓</p> <p>Le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct ?</p>		OUI <input type="checkbox"/>	<b>D</b> NON <input checked="" type="checkbox"/> Le patient refuse le marquage <input type="checkbox"/>
<p><i>Si le marquage ne satisfait pas aux caractéristiques d'un marquage correct, décision prise :</i></p>			
Intervention annulée		<input type="checkbox"/>	<b>E</b>
Intervention maintenue		<input checked="" type="checkbox"/>	
<p><b>Les caractéristiques d'un marquage correct :</b> (Si la case "Non" est cochée ci-dessus, merci d'entourer dans cette liste tous les items qui ne sont pas respectés) :</p>			
1. Le marquage est effectué par le chirurgien qui opère ou par une personne qualifiée désignée (Médecin ou infirmière participant à la préparation ou à l'intervention)	6. Le marquage est sans ambiguïté ("X" n'est pas un symbole utilisable pour marquer un site)		
2. Le marquage est fait avant que le patient ne soit amené dans la salle d'opération.	7. Le marquage est réalisé en utilisant une encre indélébile		
3. Le patient est conscient et implique lors du marquage lorsque c'est possible	8. Les modalités de marquage sont cohérentes avec les règles de l'établissement		
4. Le marquage est réalisé au plus près du site d'incision	9. Lors d'un accès médian à un organe latéral, le marquage indique le côté à opérer		
5. Seul le site devant être opéré est marqué			
<b>Nom de la personne qui a effectué le marquage :</b>			

Figure 4 : Exemple de traçabilité de l'item non respecté dans le cas d'un marquage incorrect.

<b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b>												
<i>Temps de pause avant incision ou "Time out"</i>												
Le "time out" avant incision a-t-il été réalisé correctement ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(Si non, entourez l'item non-conforme ci-dessus)									
<p><b>Caractéristiques d'un "time out" correct :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le "time out" a lieu immédiatement avant l'incision</li> <li>- Le "time out" est initié par un coordonnateur désigné</li> <li>- Tous les membres de l'équipe opératoire participent au "time out"</li> </ul>												
<p>7. Le "time out" permet une vérification croisée au sein de l'équipe de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identité correcte du patient (x2)</li> <li>• la procédure d'intervention (consentement et autres informations sont croisées)</li> <li>• le site opératoire correct avec visualisation du marquage</li> <li>• le positionnement correct du patient au regard de la procédure opératoire et du site</li> <li>• la disponibilité et l'étiquetage correct de l'imagerie</li> <li>• la disponibilité des dispositifs médicaux stériles</li> </ul>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Aucune discordance</th> <th>Une discordance est notée</th> <th>Non applicable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Aucune discordance	Une discordance est notée	Non applicable	↓	↓	↓	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aucune discordance	Une discordance est notée	Non applicable										
↓	↓	↓										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>8. Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sur le plan chirurgical (Temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</li> <li>• sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique (Risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus))</li> </ul>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> Non*</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> Non*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A					
<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*											
<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*											
<input type="checkbox"/> N/A												
<p>9. Antibioprophylaxie effectuée</p> <p>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> Non*</td> <td><input type="checkbox"/> N/R</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> Non*</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> </tbody> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/R	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A				
<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/R										
<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non*	<input type="checkbox"/> N/A										
<p><b>Temps de "time out" : résumé</b></p>												
"Time out" complet (tous les éléments listés ci-dessus sont cochés)		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>G</b>									
Une ou plusieurs discordances ont été notées dans le "time out"		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>H</b>									
<b>Gestion des discordances :</b>												
Toutes les discordances ont été résolues		<input checked="" type="checkbox"/>										
Intervention annulée car une ou plusieurs discordances non résolues		<input type="checkbox"/>	<b>I</b>									
Intervention maintenue malgré une discordance non résolue		<input type="checkbox"/>	<b>J</b>									

Figure 5 : Exemple de remplissage de la check-list en cas de marquage incorrect et de résolution au time out.

- Si le marquage a été fait et est correct, mais qu'il n'est pas visualisable au time out (ex: champ trop petit),  
—> une discordance doit être notée au time out : la case H est cochée (figure 6).



AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE			
Temps de pause avant incision ou "Time out"			
Le "time out" avant incision a-t-il été réalisé correctement ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON (Si non, entourez l'item non-conforme ci-dessous)
<b>Caractéristiques d'un "time out" correct :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le "time out" a lieu immédiatement avant l'incision</li> <li>- Le "time out" est initié par un coordonnateur désigné</li> <li>- Tous les membres de l'équipe opératoire participent au "time out"</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a une communication active entre tous les membres de l'équipe opératoire</li> <li>- Durant ce temps, les activités non essentielles sont suspendues</li> </ul>	
7. Le "time out" permet une vérification croisée au sein de l'équipe de :		Aucune discordance	Une discordance est notée
		Non applicable	
		Si une discordance est notée, merci d'entourer l'item spécifique qui est manquant ou incorrect dans la liste de gauche	
		↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identité correcte du patient (x2)</li> <li>• la procédure d'intervention (consentement et autres informations sont croisées)</li> <li>• le site opératoire correct avec visualisation du marquage</li> <li>• le positionnement correct du patient au regard de la procédure opératoire et du site</li> <li>• la disponibilité et l'étiquetage correct de l'imagerie</li> <li>• la disponibilité des dispositifs médicaux stériles</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sur le plan chirurgical (Temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</li> <li>• sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique (Risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus))</li> </ul>		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> N/A	
9. Antibioprophylaxie effectuée		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R
La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
<b>Temps de "time out" : résumé</b>			
"Time out" complet (tous les éléments listés ci-dessus sont cochés)		<input checked="" type="checkbox"/>	G
Une ou plusieurs discordances ont été notées dans le "time out"		<input checked="" type="checkbox"/>	H
<b>Gestion des discordances :</b>			
Toutes les discordances ont été résolues		<input checked="" type="checkbox"/>	
Intervention annulée car une ou plusieurs discordances non résolues		<input type="checkbox"/>	I
Intervention maintenue malgré une discordance non résolue		<input type="checkbox"/>	J

Figure 6 : Exemple de remplissage de la check-list en cas de marquage non visible au time out.

La discordance peut alors être résolue si **tous** les professionnels confirment oralement leur accord sur le site à opérer. La gestion des discordances doit être tracée sur la check-list.

## 2.6 LE MARQUAGE ILLUSTRÉ

### Orthopédie



Figure 7: Prothèse totale du genou



Figure 8: Arthroscopie



Figure 9: Prothèse du genou



Figure 10: Prothèse de hanche

## Chirurgie thoracique



Figure 11: chirurgie thoracique

## Gynécologie

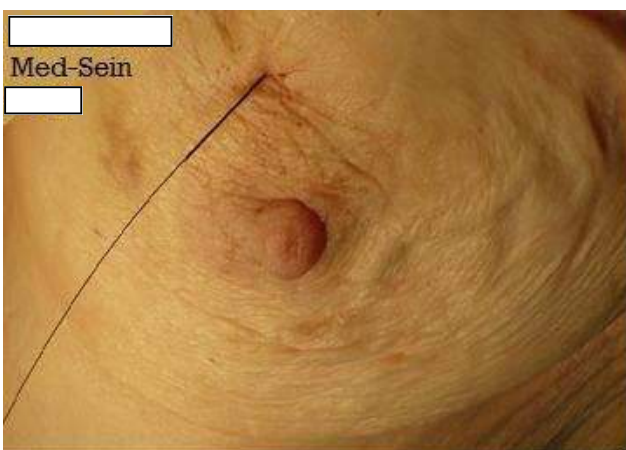


Figure 12: Repérage sous contrôle radiographique en sénologie



Figure 13: Marquage en gynécologie



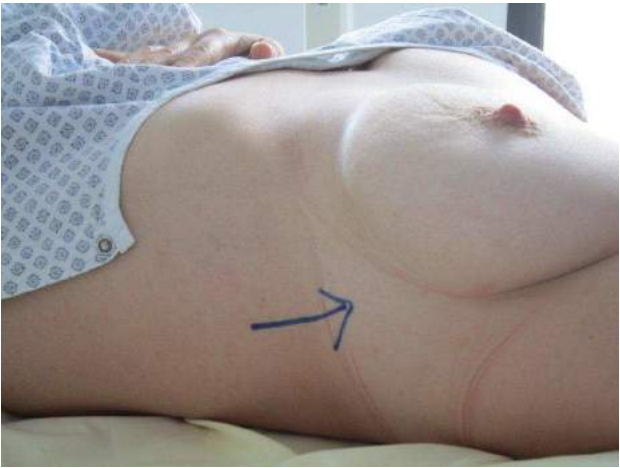


Figure 14: Marquage en gynécologie

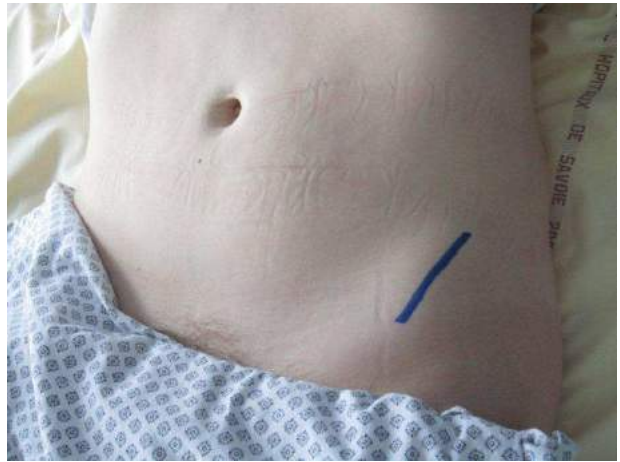


Figure 15: Marquage en gynécologie

### Neurochirurgie



Figure 16: Chirurgie du rachis



Figure 17: Chirurgie intracrânienne

### Ophtalmologie



Figure 18 : Marquage traditionnel pour une chirurgie intraoculaire (A) caché par le bonnet d'intervention (B). Proposition de marquage sur la joue et le front (C) toujours visible même si le bonnet cache le marquage sur le front (D).

**QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE?**

Les cas d'urgences mettant en jeu le pronostic vital et pour lesquels le temps de marquage engendre un risque supplémentaire pour le patient sont exemptés de marquage. La balance bénéfice risque est à évaluer par le chirurgien qui prend la décision de marquer ou non son patient.

**QUE FAIRE SI LE PATIENT REFUSE LE MARQUAGE?**

Le patient a toujours le droit de refuser le marquage. Cette situation doit être gérée de la même manière que tout autre refus de soin. La responsabilité de l'établissement est d'expliquer au patient en quoi le marquage est souhaitable, et ce qu'implique son refus. Le patient peut alors prendre une décision éclairée. Le protocole ne prévoit pas d'annulation de l'intervention dans ce cas. Cette situation doit être documentée sur la check-list\*: une case est prévue à cet effet « le patient refuse le marquage ». Une procédure doit être rédigée au sein de l'établissement afin de gérer ce type de situation (cf 2.2).

**DÉLÉGATION DU MARQUAGE À UNE INFIRMIÈRE OU À UN MÉDECIN DIRECTEMENT IMPLIQUÉ DANS L'INTERVENTION DU PATIENT, ET RESPONSABILITÉS MÉDICOLÉGALES**

High 5s définit des règles et des exigences précises de marquage, notamment en ce qui concerne la personne réalisant le marquage : idéalement le chirurgien qui opère. Si cela n'est pas possible, un professionnel directement impliqué dans la préparation ou l'intervention peut réaliser ce marquage. Il s'agit dans ce cas d'une délégation encadrée.

En France, une des questions soulevées par les établissements participants est celle des responsabilités médico-légales lorsque le marquage est confié à une infirmière. Comme expliqué au point 2.2., il est envisageable que le marquage du site opératoire, prenant en compte de multiples sources de preuves puisse être mis en œuvre par l'IDE après prescription médicale. Ceci n'exonère pas le chirurgien de procéder à une vérification de la conformité du marquage en préopératoire en particulier par l'intermédiaire de la check-list sécurité au bloc opératoire.

**LE MARQUAGE RÉALISÉ SUR LA TABLE D'OPÉRATION EST-IL CORRECT ?**

Le marquage doit être fait avant le positionnement du patient, car il permet une vérification du bon positionnement (le marquage est visible, le patient est donc bien positionné) (cf 2.2). Fait après le positionnement, le marquage perd de son sens.

Si le marquage est réalisé à l'entrée au bloc avant que le patient soit sur la table d'opération, ceci est acceptable (marquage correct) même si ce n'est pas l'idéal. Par contre, si le marquage est réalisé sur la table d'opération, ceci est clairement une violation de la recommandation : « le marquage est réalisé avant que le patient ne soit amené sur le lieu de l'intervention ». Pour ces cas, l'item « marquage incorrect » doit être coché sur la check-list. En effet, les indicateurs suivis dans High 5s ne distinguent pas le marquage fait du bon côté, du marquage réalisé correctement. L'indicateur collecté englobe, dans les cas où le marquage est requis, « le marquage est fait du bon côté et il est correctement fait » (cf 2.5).

**LES ORGANES SIMPLES SONT-ILS TOUS EXEMPTÉS DE MARQUAGE ?**

Le marquage est requis si l'intervention prévue concerne un côté d'un organe interne latéralisé ou un seul organe si celui-ci est pair, même si l'autre côté est visuellement vérifié pendant l'intervention. Pour les organes comme les ovaires ou la thyroïde, les lésions qui sont identifiées par imagerie, ne le sont pas toujours par inspection visuelle ou palpation, il est donc important d'être certain que l'on opère du bon côté. Pour certaines interventions en gynécologie, il est techniquement difficile ou impossible de marquer le site, des méthodes alternatives d'identification du site peuvent être utilisées, comme décrites dans le protocole (ex. bracelet d'identification mentionnant l'identité du patient, le site/côté et la procédure, cf 2.3). Concernant les ovaires, si l'opération concerne les 2 ovaires, le marquage n'est pas requis. Concernant la thyroïde, si l'opération concerne l'organe complet, le marquage n'est pas requis (cf. 2.4).

**A QUOI SERT L'ITEM « LE SITE OPÉRATOIRE CORRECT AVEC VISUALISATION DU MARQUAGE » AU TIME OUT ?**

Il s'agit d'une vérification croisée du marquage réalisée par toute l'équipe du bloc.



# Témoignages

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL



L'importance d'un marquage :

- **systematique**
- **sans ambigüité**
- **toujours recherché avant l'installation du patient**

## CLINIQUE DU CAMBRESIS

Le patient doit être opéré d'une prothèse de hanche droite. Le marquage a été réalisé la veille par le chirurgien.

L'opération est programmée à midi, heure de changement de poste des infirmières.

Avant l'entrée au bloc, l'infirmière vérifie l'identité et le dossier médical du patient et attache le bracelet d'identification à son poignet.

En salle, le brancardier installe pour une opération du coté gauche.

L'infirmière de bloc demande au patient de décliner son identité, le site, le côté à opérer (côté droit) et installe le patient selon l'installation des supports.

La radio et les documents du chirurgien sont affichés avec le bon site à opérer.

L'infirmière doit alors quitter la salle. Une deuxième infirmière la remplace ; habituellement, elle ne travaille pas avec des chirurgiens pratiquant le marquage, elle continue donc l'installation et réalise la préparation cutanée.

L'instrumentiste prépare le matériel pour une prothèse gauche toujours d'après la position du patient.

Le chirurgien entre en salle d'opération, regarde la radio et détermine la taille de la prothèse à utiliser.

Lorsque l'opération débute, une 3ème infirmière initie le time out. Elle vérifie le dossier médical et l'installation du patient, constate l'anomalie et stoppe l'intervention qui débutait.

## CENTRE LEON BERARD

Une anesthésie locale doit être pratiquée sur un patient au niveau du dos.

L'anesthésiste est aidé par un brancardier qui soutient le patient en le tenant face à lui. Il voit donc le marquage réalisé correctement.

Au moment de l'induction, le brancardier stoppe l'anesthésiste qui, ne visualisant pas le marquage, allait réaliser l'anesthésie du mauvais côté.

## ETABLISSEMENTS

Protocoles de marquage et photos:

Clinique du Cambrésis

Centre hospitalier de Chambéry

Hôpital Joseph Ducuing

CHU de Nice

Centre hospitalier de Cornouaille Quimper

Centre hospitalier Saint Joseph—Saint Luc

Centre hospitalier de Bourg en Bresse

Centre Léon Bérard

CHU de Toulouse

## BIBLIOGRAPHIE

- Betz L., Ferguson L., Wibbens C., McCahill C. Memorial Hospital & Health System. Surgical Site Verification and Time Out – *Pre-procedural Patient Safety* SITE VERIFICATION; LATERALITY; and TIME OUT PROCESSES. Février 2004.
- East Kent Hospitals NHS Trust; Guidelines for Pre-operative Site Marking Preventing Wrong Site Procedures. Issued January 2006.
- HAS, Recommandation en collaboration avec l'ONDPS ; Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? 2008.
- Ludwick S.; Surgical Safety: Addressing the JCAHO Goals for Reducing Wrong-site, Wrong-patient, Wrong-procedure Events. *Advances in Patient Safety: Vol. 3*. Disponible sur : <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol3/Ludwick.pdf>
- Mokashi A., Stead R E., Subramaniam S. Preoperative site marking. *Br J Ophthalmol* 2009;93:275–276.
- Southampton University Hospitals NHS Trust, Correct Site Marking : Policy, May 2007, Version 1.0.
- Strongwater S. ; Director and CEO ; Stony Brook University Medical Center. Policy and Procedure for Operative Site/Side Marking and Verification Stony Brook University Medical Center Ambulatory Surgery Center. 2006.
- Surgical site marking policy and protocol Version 1. Issued: 23.07.2010

## ARTICLES DE LOI

- Code de la Santé publique : Partie réglementaire ; Quatrième partie : Professions de santé ; Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ; Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière ; Chapitre Ier : Exercice de la profession ; Section 1 : Actes professionnels ; Article R4311-2. Disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFDDAFA848D073C8DDB2D5861256A875.tpdjo16v\\_3?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120126](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFDDAFA848D073C8DDB2D5861256A875.tpdjo16v_3?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120126)

- Code de la Santé publique : Partie réglementaire ; Quatrième partie : Professions de santé ; Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ; Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière ; Chapitre Ier : Exercice de la profession ; Section 1 : Actes professionnels ; Article R4311-7. Disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFDDAFA848D073C8DDB2D5861256A875.tpdjo16v\\_3?idArticle=LEGIARTI000006913895&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120126](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DFDDAFA848D073C8DDB2D5861256A875.tpdjo16v_3?idArticle=LEGIARTI000006913895&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120126)

## JOINT COMMISSION, UNIVERSAL PROTOCOL

- Joint Commission Perspectives, October 2009, Volume 29, Issue 10. Disponible sur : [http://www.med.uc.edu/Libraries/GME\\_Forms/Perspectives\\_Oct09\\_1.sflb.ashx](http://www.med.uc.edu/Libraries/GME_Forms/Perspectives_Oct09_1.sflb.ashx)

- Joint Commission. Facts about the Universal Protocol. Disponible sur : <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Universal%20Protocol%201%204%20111.PDF>

- Joint Commission (JC) Guidelines. Guidelines for Implementation of the Universal Protocol for the Prevention of Wrong Site, Wrong Procedure and Wrong Person Surgery.

Disponible sur : <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol3/Ludwick.pdf>



# Glossaire

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL

## Check-list

Une check-list est une liste de contrôle s'appuyant sur les composantes essentielles de soins chirurgicaux sûrs. C'est un outil simple et pratique. Toute équipe chirurgicale peut l'utiliser pour vérifier que les mesures ayant démontré leur effet bénéfique pour les patients sont prises de manière opportune et efficace.

## Discordance

Une discordance correspond à 3 cas possibles :

- 1/ lors de la vérification, les informations ne sont pas concordantes ou l'information est absente (case « une discordance est notée » cochée) ;
- 2/ La vérification n'est pas reportée sur la check-list (aucune case cochée) : ligne « blanche » ;
- 3/ Le processus est mal réalisé (pour le marquage et pour le time out : la case « le marquage du site satisfait-il aux caractéristiques d'un marquage correct » et/ou la case « le time out avant incision a-t-il été réalisé correctement » sont cochées NON).

Sauf avis du chirurgien qui peut décider de poursuivre le processus avec une discordance (quand il juge que dans l'intérêt du patient il est préférable d'opérer malgré la discordance), il faut en principe chercher à corriger une discordance dès que celle-ci est remarquée.

En fonction du type de discordance, pour la corriger il s'agira de :

- 1/ lors d'une discordance constatée entre les informations concernant l'identité du patient, le site ou la procédure : le professionnel doit rechercher la vérité et corriger le document erroné ;
- 2/ lorsqu'une étape n'a pas été tracée en temps réel : le professionnel qui constate ce type de discordance effectue s'il le peut la vérification ;
- 3/ lorsque le processus (marquage ou time out) a été mal réalisé, on recommence l'étape en respectant les règles de réalisation High 5s.

## Latéralité

Le terme latéralité fait référence à un côté du corps, c'est-à-dire la gauche ou la droite.

## Niveau

En chirurgie du rachis, un niveau correspond à une vertèbre.

## Pratique opérationnelle standardisée (POS) — Standard Operating Protocol (SOP)

La pratique opérationnelle standardisée (traduction du terme de référence Standard Operating Protocol ou SOP) concernant le site opératoire porte spécifiquement sur un type particulier de complication chirurgicale: la mauvaise personne, le mauvais côté ou site, la mauvaise procédure. Ce protocole standardisé a pour objectif de prévenir les erreurs de site opératoire ou de procédure chez tout patient hospitalisé pour une intervention, en mettant en œuvre et en évaluant tout au long de la période pré opératoire trois étapes complémentaires:

- un processus de vérification systématique préopératoire
- le marquage du site opératoire
- une vérification finale pendant le time out



## Time out (ou Temps de pause avant incision)

Le time out correspond au temps de pause qui a lieu juste avant l'incision. L'objectif du time out est d'effectuer une dernière vérification de l'exactitude de l'identité du patient, de la procédure, du site, de la position du patient et, le cas échéant, des implants et des équipements spéciaux nécessaires au moyen d'une communication active de tous les membres de l'équipe chirurgicale présente en salle. L'intervention ne doit pas débuter tant que les anomalies n'ont pas été résolues.

### Les caractéristiques d'un marquage correct:

Le marquage a pour objectif d'identifier sans ambiguïté le site de l'incision ou de l'insertion.

Le marquage est réalisé sur le site prévu de l'incision ou au plus près du site prévu d'incision. Sauf si nécessaire, aucun autre repère que le site chirurgical ne doit être marqué.

La marque ne doit pas être ambiguë. L'utilisation de la croix est prohibée car elle pourrait être interprétée comme « n'opérez pas là ».

D'une manière générale, le type de marque est déterminé précisément selon la volonté de chaque établissement au moyen d'une procédure de marquage formalisée et harmonisée (même symbole de marquage pour tous les professionnels et pour l'ensemble des spécialités chirurgicales).

## Vérifications préopératoires

Les vérifications préopératoires consistent en un processus de collecte et de vérification d'informations à chaque étape du parcours du patient, à partir de la décision d'opérer, jusqu'à la pause avant l'incision (« time out »). Celles-ci s'appuient sur une check-list préopératoire unique par patient, complétée en temps réel par les différents intervenants tout le long du parcours du patient à partir de la décision d'intervention jusqu'au moment de l'incision. Ce recueil en continu d'informations sous forme de « cases à cocher » concerne l'identité du patient, l'acte chirurgical, le côté à opérer et s'il y a lieu l'implant prévu.

Ces vérifications ont pour objectif de réduire les risques d'erreur de patient et d'acte chirurgical en s'assurant que tous les documents nécessaires et les examens diagnostiques sont disponibles avant le début de l'intervention ; qu'ils ont été revus et correctement identifiés. Toute information manquante ou anomalie doit être recherchée, et toute anomalie résolue avant le début de l'intervention.

### LE PROJET HIGH 5S

Initié par l'OMS en 2006, le projet « High 5s » a pour mission d'améliorer la sécurité des soins pour le patient sur 5 grands problèmes de sécurité pour le patient : les médicaments concentrés injectables, la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins, la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie, les erreurs de communication au cours du transfert des patients et la lutte contre les infections associées aux soins. A ce jour, les trois premiers protocoles sont opérationnels.



### REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement le Dr Rick Croteau de la Joint Commission International, pour son expertise, son soutien, tout au long de ce travail.

### RÉDACTEURS: Lead Technical Agency

C. Chabloz (coordonnateur CEPPRAL), K. Fanget (assistante projet CEPPRAL), B. Fort (interne de santé publique CEPPRAL), M. Leclercq (assistante projet CEPPRAL)

A. Broyart (chef de projet HAS), C. Bruneau (conseiller scientifique HAS)

### CONTRIBUTEURS:

- Dr P. Papin (chirurgien orthopédiste, chef projet HAS)

- Les équipes High 5s des établissements participants:

**Hôpital Joseph Ducuing (Toulouse):** M. Martin (cadre de santé), C. Pribilski (cadre de santé bloc), S. Fristch (chirurgien viscéral), J.Rémi (chirurgien orthopédiste), G. Giordano (chirurgien orthopédiste), E. Labeyrie (chirurgien gynécologue), T. Charasson (chirurgien gynécologue), M. Fabre (coordonnateur général des soins, chef de projet)

**Centre Léon Bérard (Lyon):** M. Rivoire (chirurgien viscéral), I. Philip (directrice qualité), V. Aloy (technicienne qualité)

**CH de Bourg en Bresse:** H. Arnould (chirurgien), F. Saussac (chirurgien), C. Rigaud (cadre de santé), C. Ravet (IBODE), G. Nevoret (IDE service), S. Mouchet (IADE)

**CH de Chambéry:** C. Deyrolle (chirurgien gynécologue), D. Beaudouin (médecin de l'évaluation de la qualité et des risques médico-soignants), I. Benoit (cadre de santé gynécologie), A. Gambier (cadre de santé bloc opératoire), C. Giraud (IADE)

**CH St Joseph-St Luc (Lyon):** F. Weppe (chirurgien orthopédiste), F. Normand (ophtalmologiste), G. Delorme (cadre de santé bloc opératoire), N. Chappaz (IBODE technique), J. Leynon (responsable gestion des risques et sécurité)

**CHU de Nice:** M. Lonjon (neurochirurgien), H. Bermond (cadre de santé)

**Clinique du Cambrésis (Cambrai):** Drs Gaffuri, Audebert, Joveniaux, Henry, Autissier (Chirurgiens orthopédistes), Dr Aissani (Ophtalmologiste), Dr Hubaut (Vasculaire), Dr Dessirier (Angiologue), Dr Thurotte (Viscéral), J.Gaffuri (Directrice), J. Midavaine (Responsable de bloc), C. Avit (DSI et cadre hygiéniste), F. Pouillaude (Stagiaire qualité)

**CH Cornouaille (Quimper):** V. Capitaine (IDE coordinatrice chirurgie hebdomadaire), Dr V. Deslandes (gynécologie-obstétrique), Dr V. Devisme (responsable d'unité médicale d'anesthésie), M. Dumoutier (Ingénieur Responsable Qualité-Risques), P. Fabre (cadre de santé bloc opératoire), M. Floc'h (cadre de santé chirurgie hebdomadaire et UCJ), Dr C. Foucher-Malecki (gynécologie-obstétrique), P. Gautier (cadre de santé, urologie, tête et cou), Dr P. Germain (gynécologie-obstétrique, responsable du pôle FEMME-ENFANT), E. Grannec (IBODE), L. Grelet (directeur des soins/Coordonnateur générale des soins), Dr D. Hasle (responsable de l'unité médicale d'ophtalmologie), M. H. Irvoas (IBODE), Dr M. Jacquot (responsable de l'unité médicale de gynécologie-obstétrique), F. Le Corre (cadre de santé gynécologie-obstétrique), A. Le Failler (cadre supérieur de santé du pôle CHIRURGIE), M. Le Floc'h (cadre supérieur de santé du pôle Femme-Enfant), Dr G. Rolland-Jacob (gestionnaire des risques associés aux soins), B. Salaun (IDE coordinatrice chirurgie hebdomadaire), Dr N. Wong Chi Man (gynécologie-obstétrique)

Version française d'octobre 2012

GUIDE DE MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL

Un deux-pages « Les points clés du guide de marquage du site chirurgical » est également disponible.

PROJET HIGH 5s

La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie

Contact: [contact@ceppral-sante.fr](mailto:contact@ceppral-sante.fr)