

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 3

Artikel: Erreur de traitement : les professionnels souffrent aussi - souvent en silence
Autor: Frank, Olga / Schwappach, David
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949480>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Erreur de traitement: les professionnels souffrent aussi – souvent en silence

L'erreur en milieu clinique ou infirmier est encore trop souvent vécue avec honte et de manière isolée. Collaborateurs de la fondation «Sécurité des patients Suisse», la D^re Olga Frank et le Prof. David Schwappach présentent dans cet article une série de recommandations, à l'attention des personnes concernées mais aussi de leurs collègues et leurs supérieurs hiérarchiques pour leur permettre de gérer au mieux les situations d'erreur médicale.

.....
Olga Frank et David Schwappach

Selon toute vraisemblance, presque tous les jeunes, hommes ou femmes, qui débutent aujourd'hui leur activité dans le secteur clinique ou infirmier seront un jour ou l'autre impliqués dans une erreur sérieuse et seront alors confrontés à des réactions émotionnelles intenses. Se préparer à ces incidents et apporter un soutien dans cette situation fait partie des défis auxquels doit faire face le système de soins dans son ensemble, à commencer par ses cadres!

Une démarche solitaire

C'est le scénario le plus redouté de chaque future mère: constater, après l'accouchement, que son bébé a été échangé. Une erreur qui va engendrer une souffrance non seulement chez la mère, mais également chez le médecin, le personnel soignant ou la sage-femme. L'ap-

parition de complications lors d'un traitement médical ou d'un accouchement suffit souvent à préoccuper le·la professionnel·le pendant des semaines. Ceux qui se sont trouvés dans cette situation peuvent en témoigner. Il est donc essentiel d'éviter de tels incidents par une gestion professionnelle de la sécurité et de penser également aux professionnels concernés si de telles situations arrivent.

Dans les milieux médicaux, le travail de réflexion sur les erreurs est une démarche qui se déroule malheureusement encore trop souvent dans l'isolement et la solitude. Le fait que les erreurs puissent déclencher chez les professionnels des crises personnelles sévères pouvant aller jusqu'à l'abandon de la profession, voire à des idées de suicide, demeure un véritable tabou dans le domaine de la santé.

La plupart du temps, la personne concernée ne peut pas maîtriser seule cette situation. Notons bien qu'il ne s'agit pas de cas isolés. Selon toute probabilité, tout individu se consacrant au traitement et à la prise en charge de patients y sera un jour ou l'autre confronté. Par ailleurs, toutes les catégories professionnelles sont touchées, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, de thérapeutes, de laborantins, de pharmaciens ou d'autres collaborateurs spécialisés.

Que doit-on savoir? Que peut-on faire? Quels sont les aspects, attitudes et actions essentiels pour gérer les erreurs de manière constructive et quels sont les fondements et les outils pour développer, sur le plan individuel et sur celui de l'établissement, un comportement spécifique et des attitudes, structures et processus personnels?

La situation pour les collègues concernés

Si les patients sont bien entendu les premières victimes d'une erreur de traitement, diverses études internationales montrent que les médecins et les infirmiers se retrouvent eux aussi dans une situation difficile du fait de leur participation à l'erreur (Schwappach, 2010; Schwappach et Boluarte, 2008; Schiechtl et al., 2013).

Auteurs



Olga Frank, D^re, responsable de projet, Sécurité des patients Suisse,
frank@patientensicherheit.ch



David Schwappach, Prof., directeur scientifique, Sécurité des patients Suisse,
schwappach@patientensicherheit.ch

www.secureitedespatients.ch

Les erreurs de traitement provoquent souvent, chez les professionnels impliqués, une réaction aiguë de stress et des émotions intenses, telles que la culpabilité, la honte et le doute de soi, qui deviennent chroniques chez une partie d'entre eux et peuvent augmenter le risque de dépression, de *burn-out* et de troubles post-traumatiques. La prévalence de tels phénomènes est de 10 à 40% (Schwappach et Boluarte, 2008; Seys et al., 2013). Les conséquences négatives peuvent être tenaces et durer des mois, voire des années.

Les phases de rétablissement par lesquelles les professionnels concernés passent après une erreur de traitement sont typiques.

Phases typiques du rétablissement

La première phase correspond plutôt à un *coping* centré sur le problème, avec une activité concrète liée à l'erreur. Les phases 2, 3 et 4 sont marquées par l'analyse du problème, les auto-accusations, les reproches, le repli sur soi avec développement de symptômes psychosomatiques. La phase 5 est celle de l'aide émotionnelle et sociale apportée par d'autres personnes; elle peut représenter un tournant dans le processus. Lors de la phase 6, on en vient à un dépassement de la situation ou alors à une évolution moins favorable pouvant mener à la résignation, voire à l'abandon de la profession (fig. 1, page suivante).

Hormis les conséquences individuelles directes sur la santé et le mental, on constate souvent que, suite à une erreur de traitement, les professionnels changent aussi de comportement. Il s'agit de changements tant défensifs (besoin constant d'être rassuré par les collègues, évitement de certaines situations de traitement) que constructifs (attention accrue, meilleur échange collégial). Dans le pire des cas, une erreur de traitement perçue comme grave entraîne une diminution significative de la qualité de vie. (Schwappach, 2015; Sirrieh et al., 2010; West et al., 2006)

La personne en question a réussi à surmonter un tel événement lorsque les mécanismes mis en œuvre à cette fin ont permis de résoudre ou d'améliorer le problème (*coping* centré sur le problème) et lorsque le stress émotionnel a disparu (*coping* centré sur l'émotion). Dès lors que la stratégie de *coping* est fructueuse, elle se traduit par une expérience positive et une reprise de la capacité à agir. Lorsqu'elle échoue, le stress persiste et le mécanisme de gestion du stress recommence depuis le début. Il est par conséquent essentiel, pour les supérieurs hiérarchiques, de prendre en compte qu'une erreur de traitement peut s'accompagner, chez son auteur, d'une réaction de stress importante qui va activer ses mécanismes de *coping*. En tant que supérieure hiérarchique, il s'agit de mettre à disposition les ressources

Anke Trittin

Responsable tarifs et membre de la direction
de curafutura



Chère lectrice, cher lecteur,

«L'être humain se trompe, jusqu'à sa mort», écrivait déjà Johann Wolfgang von Goethe. Les hôpitaux, les maisons de naissance et les professionnels de la santé ne sont pas dispensés non plus d'erreurs humaines.

Mais si nous nous montrons compréhensifs pour des petites erreurs dans de nombreux domaines, cela s'arrête lorsque l'action «correcte» et les «bonnes» décisions ont un impact immédiat sur les vies humaines: pour des erreurs de traitement médical. Car elles provoquent souvent de grandes souffrances avec des conséquences physiques et psychologiques – pour les patients, mais aussi pour les auteurs qui chaque jour portent la lourde responsabilité de leurs actes.

Comment devrions-nous gérer ces «événements indésirables/critiques ou évitables», comme on les appelle dans le jargon? Nous devons en tirer des leçons. Une faute ou une erreur de traitement ne doit donc pas être balayée sous le tapis, mais elle doit être signalée dans tous les cas. C'est pourquoi il existe par exemple le «Critical incident reporting system» (CIRS). Il permet un enregistrement systématique anonyme des événements pertinents et non désirés liés à la sécurité des patients. Que l'on soit sage-femme, gynécologue ou infirmier·ère: tous les participants à un processus de traitement devraient pouvoir signaler les fautes et les erreurs sans crainte.

Qu'est-il arrivé? Pourquoi? Quelles sont les conséquences de l'événement? Ces questions devraient être au premier plan – et non des considérations ou des évaluations telles que les questions de culpabilité ou les peurs d'accuser quelqu'un. De cette manière, une culture interdisciplinaire d'erreurs peut se développer à l'interne, ce qui contribue à l'amélioration continue de la qualité du traitement et de la sécurité des patients.

Pour en revenir à Johann Wolfgang von Goethe: oui, l'être humain se trompe. Mais grâce à une culture de l'erreur positive, de nombreuses personnes peuvent faire preuve de bon sens après un dommage unique.

Cordialement, Anke Trittin

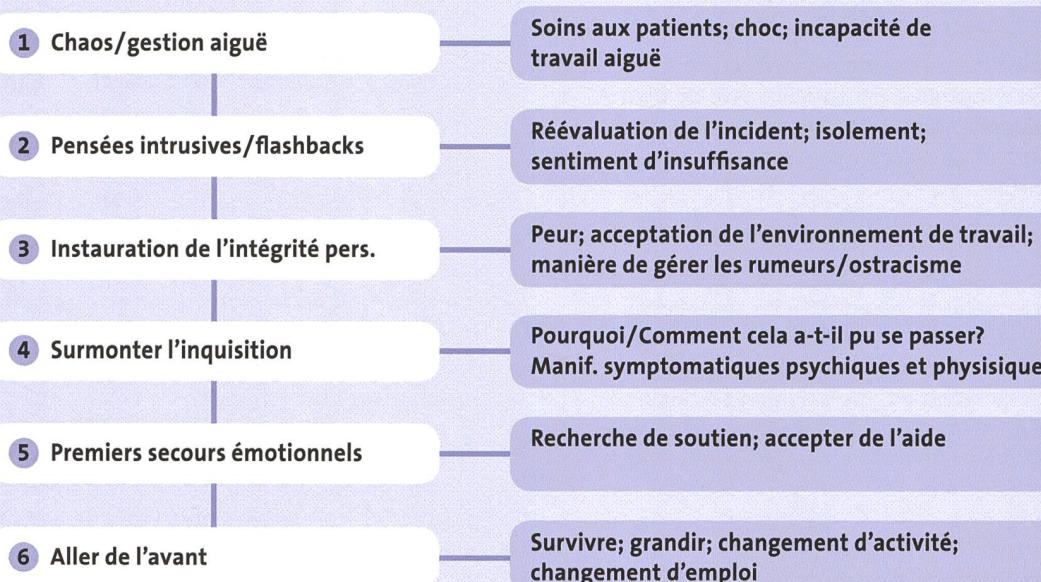
nécessaires à une démarche de maîtrise active. Celle-ci doit inclure des stratégies de *coping* centrées à la fois sur le problème et sur les émotions.

Ce qu'un-e supérieur-e hiérarchique doit savoir et ce qu'il-elle doit faire

- L'erreur en tant qu'urgence: une erreur de traitement doit être considérée comme une urgence clinique. Elle fait plusieurs victimes: le-la patient-e concerné-e et ses proches, les collaborateurs impliqués, l'équipe et l'établissement dans son ensemble.
- Conséquences: une erreur de traitement peut avoir des conséquences graves pour les collaborateurs concernés. Le bien-être psychique et somatique, la performance, la satisfaction au travail et la qualité de vie peuvent s'en trouver affectés.
- Crise: un événement de ce type peut déclencher une situation de crise pour les supérieurs hiérarchiques également.
- Direction: dans de telles situations, un encadrement actif, clair et empathique de la part du/de la supérieur-e hiérarchique joue un rôle décisif pour la maîtrise constructive, tant pour la personne impliquée que pour l'équipe et l'établissement dans son ensemble. Il faut être conscient-e que le comportement du/de la supérieur-e hiérarchique a une influence déterminante sur le fait que le-la collaborateur-trice puisse gérer l'incident de manière constructive.

- Préparation: il est donc très important pour les supérieurs hiérarchiques de se préparer pendant les périodes de calme à faire face à de telles situations critiques, afin de pouvoir agir de façon adéquate et de ne pas devoir improviser.
- Développer un concept de crise intégrant les éléments suivants: structures, procédures, responsabilités, prestations de soutien internes et externes, règles; établir une check-list pour la gestion interne de la situation.
- Création d'un fondement de la culture: au sein de l'équipe, attirer l'attention sur le fait qu'une erreur de traitement peut entraîner des situations difficiles et qu'il est alors important de les gérer dans un esprit de soutien constructif. Il s'agit d'être un modèle pour ses collaborateurs et de leur parler de ses expériences sur la façon dont on a surmonté ses propres erreurs.
- Communication: le fait de pouvoir parler est, pour la personne concernée, la démarche la plus importante qui soit pour éviter qu'un stress durable et lourd ne pèse sur elle. Lui proposer de parler de l'événement et renouveler cette proposition plusieurs fois. Ne pas être seulement à l'écoute de ses collaborateurs, mais avoir également les yeux grands ouverts. On pourra éventuellement détecter des modifications de comportement ou des détresses émotionnelles attribuables à une erreur.
- Apprentissage: la gestion constructive des erreurs et des collaborateurs concernés n'est pas une démarche banale. Elle peut et doit être apprise.

Fig. 1 Phases typiques du rétablissement chez le personnel médical après une erreur grave de traitement



Source: Schwappach, D. (2015). Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsblatt 2015;58:80-86 (Avec l'aimable autorisation de Springer Science and Business Media).

Ce que les collègues doivent savoir et ce qu'ils peuvent faire

- Savoir donner et prendre: avoir conscience qu'il peut aussi nous arriver de faire une erreur. Observer attentivement les collègues concernés afin d'identifier à temps tout isolement et repli sur soi.
- Etre ouvert à l'échange et montrer à son·sa collègue que l'on est prêt·e à dialoguer et à lui consacrer le temps nécessaire.

Le soutien apporté au·à la collaborateur·trice concerné·e par les supérieurs hiérarchiques ne sert pas à grand-chose si tous ses collègues ignorent la situation.

Eviter toute médisance, tout mobbing, toute accusation et tout dénigrement. Si l'on constate des accusations ouvertes ou masquées, ne pas y participer. Dans la mesure du possible, essayer d'attirer l'attention de ces collègues sur le fait que leur comportement est inadéquat et très destructif. Prendre au sérieux les émotions du·de la collègue impliqué·e dans l'erreur. Ne pas minimiser l'importance de ses réactions, ne pas l'inciter à occulter. Lorsque l'on est en contact avec la personne concernée, il est très important de prendre en compte l'aspect émotionnel et l'aspect professionnel. L'analyse technique de l'incident et l'échange sur les émotions permettent de surmonter l'erreur de traitement de manière constructive. Les deux aspects, l'analyse technique et le côté émotionnel, ont la même importance.

Ce que les personnes concernées doivent savoir et ce qu'elles peuvent faire

- Sensibilisation: toute· professionnel·le peut commettre une erreur. Le poids de la situation peut être tel que l'on aura besoin de soutien professionnel pour la gérer. Et ce n'est pas un signe de faiblesse. Honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, déstabilisation et doute de soi, insomnies sont autant de réactions normales à une situation d'exception. Lorsque l'on commet une erreur et que cet événement nous fait souffrir ou qu'une détresse émotionnelle nous submerge, cela ne signifie pas que l'on est incomptéte·e. La gestion active d'une telle situation peut protéger d'un stress durable. Essayer de ne pas occulter ou minimiser l'incident. Ne pas se replier sur soi-même. Laisser ses réactions émotionnelles s'exprimer.
- Se faire aider – une démarche professionnelle: Que ce soit par des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, il est bien de se faire aider. Savoir qu'on a besoin de soutien et y avoir recours témoignent d'une capacité à s'auto-évaluer correctement et donc de professionnalisme. Chercher le dialogue. Cela permet de se décharger et réduit le risque de conséquences graves telles que le burn-out ou la dépression. Si l'on n'a pas confiance en son·sa supérieur·e ou en ses collègues, chercher une personne de confiance dans son environnement ou une aide professionnelle en dehors de son institution.
- Participer au travail d'analyse et de réflexion: il est important de procéder à une analyse systémique de l'erreur. Essayer d'y participer, puisque c'est probablement la personne concernée qui en sait le plus sur l'incident. Contribuer à tirer des enseignements de cette erreur

peut apporter un soulagement. En outre, il est essentiel que le·la patient·e concerné·e et ses proches soient mis au courant. Si possible, participer à cet entretien. Mais ne pas le faire seul·e ou en l'absence de coordination, car il faut s'attendre à de fortes réactions émotionnelles de la part du·de la patient·e. Néanmoins, de tels entretiens peuvent offrir la chance de rétablir ou du moins d'améliorer la relation de confiance.

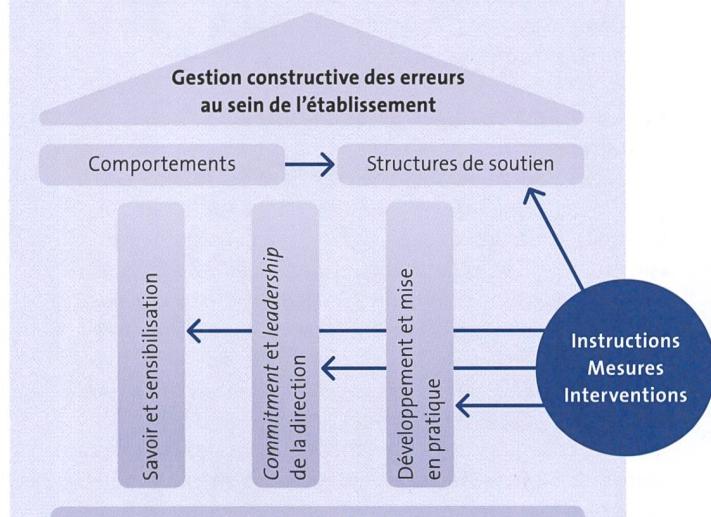
Cadre conceptuel pour la gestion interne des erreurs

L'implication dans une erreur est source de stress. Celui-ci conduit à des exigences et des besoins spécifiques chez les personnes concernées. Pour y répondre, trois fondements sont essentiels:

- Savoir et sensibilisation: les cadres, les collègues et les autres collaborateurs doivent être conscients de la problématique.
- Commitment et leadership de la direction: les cadres doivent percevoir cette problématique comme relevant de leurs tâches de direction. Ils doivent clairement montrer qu'ils se consacrent à cette question de façon proactive, tant au niveau de la préparation que dans les situations aiguës.
- Développement et mise en pratique: les conditions et compétences requises au sein de l'établissement (comportements, structures) doivent être développées et acquises de manière active (fig. 2 ci-dessous).

Les trois piliers permettent d'instaurer les comportements adéquats chez toutes les personnes directement ou indirectement impliquées et de développer les struc-

Fig. 2 Points d'ancrage pour la gestion interne des erreurs dans le modèle des trois piliers



Schwappach, D. et al. (2010) A la fois auteur et victime. Gestion constructive des erreurs dans les établissements de santé. Publication n° 3. Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse, Zürich.

tures de soutien nécessaires. Tous ces éléments réunis constituent le fondement d'une gestion constructive des erreurs. Les différents éléments de ce modèle influent les uns sur les autres. Il en va ainsi notamment des structures de soutien et des comportements. Mais il existe également des interactions entre le niveau «comportements – structures» et celui des trois piliers «savoir et sensibilisation – *commitment* et *leadership* – développement et mise en pratique». Comportements et structures de soutien, telles sont les cibles proprement dites des mesures de changement et des instruments consacrés à l'amélioration de la gestion constructive des erreurs dans les établissements et, de ce fait, à la réduction du stress des collaborateurs concernés.

Sur quoi peut-on travailler concrètement?

Quels sont les points d'ancrage à partir desquels il va être possible de faire évoluer concrètement la gestion interne des incidents? Pour instaurer un changement durable et systématique de culture dans la gestion interne des erreurs, quatre points d'ancrage sont pertinents:

1. la sensibilisation des collaborateurs,
2. le *commitment* et le *leadership* de la direction,
3. le développement et la mise en pratique,
4. la mise en place de structures de soutien.

Le comportement ne se contrôle pas directement. Il est le résultat des interventions sur les quatre points cités.

Les points d'ancrage du modèle sont interdépendants et c'est ensemble, uniquement, qu'ils peuvent déployer leurs effets. Il existe divers instruments pour traiter ces points et obtenir les changements voulus. Il s'agit d'instruments et d'interventions avec lesquels on peut acquérir dans la gestion des erreurs des compétences et des ressources qui permettent par exemple d'élaborer des matériaux pour son propre établissement et de les appliquer, de construire des structures et de développer des comportements. Pour ce faire, il faut tenir compte des différents groupes-cibles et points d'ancrage.

Dans une situation aiguë après une erreur de traitement

Supérieurs hiérarchiques: Etre conscient-e que son comportement a une influence déterminante sur le fait que le-la collaborateur-trice puisse gérer l'incident de manière constructive. Les collaborateurs impliqués se trouvent dans une situation émotionnelle d'exception. La composante émotionnelle est souvent sous-estimée, minimisée ou ignorée. C'est pourquoi, en plus d'une aide objective et professionnelle, les collaborateurs concernés ont aussi besoin d'un soutien émotionnel. Le fait de pouvoir parler avec les collègues et les supérieurs est la démarche la plus importante qui soit pour prévenir un stress durable et lourd. Il faut considérer la gestion d'une erreur de traitement comme l'une des tâches de direction, en accordant une importance majeure au soutien des collaborateurs concernés.

La fondation Sécurité des patients Suisse a abordé la question de la gestion constructive après une erreur de traitement et a publié une série d'articles qui forment la base du présent article. Pour davantage d'informations et des recommandations concrètes destinées aux cadres, aux collègues et aux personnes concernées, nous recommandons la lecture complète de la série d'articles. On peut la commander sous www.patientensicherheit.ch/fr.

Références

- Schwappach, D. et al. (2010) A la fois auteur et victime. Gestion constructive des erreurs dans les établissements de santé. Publication n° 3. Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse, Zürich.
- Schwappach, D. (2015) Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsblatt 2015;58:80-86. DOI 10.1007/s00103-014-2083-4. (Avec l'aimable autorisation de Springer Science and Business Media)
- Schwappach, D. et Boluarte, T. (2008) The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. «Swiss Med Weekly» 139:9-15.
- Schiechtl, B. et al. (2013) Second victim. «Anaesthetist» 62:734-741.
- Seys, D. et al. (2013) Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. «Eval Health Prof» 36:135-162.
- Sirriyeh, R. et al. (2010) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. «Qual Saf Health Care» 19:1-8.
- West, C. P. et al. (2006) Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. «JAMA» 296:1071-1078.

Moins de complications chez les patientes à risque grâce au traitement moderne des plaies par pression négative

Guérison optimale des plaies après une césarienne

La césarienne est l'une des opérations les plus fréquentes et considérée comme un cas de routine « propre ». Mais elle implique aussi un risque de complications postopératoires, en particulier chez les patientes à risque. Des études démontrent que le traitement des plaies par pression négative (TPN) offre des avantages considérables pour la prévention des complications postopératoires. Cela le rend aussi très intéressant pour les gynécologues.

Les complications postopératoires (Surgical Site Complications, SSC) sont aussi un problème en gynécologie. Avec un taux de 33 % (2013) de tous les accouchements et 29 000 cas par an (2016), la césarienne est considérée comme une intervention de routine en Suisse^{1,2}. Mais comme toute incision chirurgicale, elle comporte aussi un risque de complications, en particulier pour les patientes à risque.

Prévenir les infections, les déhiscences et les cicatrices disgracieuses

Le surpoids ainsi que le diabète (gestationnel) constituent les facteurs de risque principaux de SSC après une césarienne. D'après une étude pour laquelle 4 107 césariennes ont été analysées, le risque est doublé en cas d'IMC de 35 (de 9,6 à 19,8 %) et il est multiplié par 1,65 en cas de diabète (de 9,6 à 15,8 %)³. D'après d'autres auteurs, le risque de SSI augmente encore davantage en parallèle avec l'IMC (IMC 25–35 : facteur 1,6 ; IMC = 30–35 : facteur 2,4 ; IMC > 35 : facteur 3,7)⁴. D'autres SSC possibles sont les déhiscences, les œdèmes ou les hématomes, qui peuvent provoquer des cicatrices disgracieuses, parfois accompagnées de troubles de la sensibilité ou de douleurs. C'est pourquoi des stratégies efficaces et complètes pour la prévention des SSC sont également un sujet important en gynécologie et en obstétrique.

Consignes de prévention des

Dans ce contexte, les directives globales⁵ publiées en 2016 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que le rapport de consensus de la World Union of Wound Healing Societies⁶ sur la prévention des infections postopératoires sont très utiles. Ils recommandent le traitement des plaies par pression négative (TPN) pour

les plaies à haut risque primaires fermées. Celui-ci améliore la gestion de l'excès d'humidité, réduit les œdèmes et renforce la contraction ainsi que l'irrigation sanguine des bords de la plaie. En outre, il stimule l'angiogenèse, la formation de tissu de granulation et les mécanismes de réparation tissulaires, et réduit le risque de SSI dans la mesure où la plaie est fermée et le pansement doit être changé moins souvent⁷. Globalement, le TPN favorise donc pleinement la prévention des SSC – notamment dans les cas à risque, mais pas uniquement. Particulièrement intéressant pour les gynécologues : d'après la directive de l'OMS, le TPN offre des avantages significatifs par rapport aux pansements conventionnels, justement pour les interventions dans la région de l'abdomen (9 études, OR : 0,31 ; 95 % IC : 0,19–0,49)⁵.

TPN après une césarienne : efficace et rentable

Dans une étude pré/post-clinique aux États-Unis, après l'introduction d'un pack de produits stratifiés établi selon le risque, dont le pack à haut risque contenait le système de TPN « PICO™ », le taux de SSC a diminué de 2,13 % à 0,1 % en cinq ans – ce qui a économisé 5 millions de dollars de coûts⁸. Dans une autre étude, l'incidence des SSC après des césariennes chez les patientes à risque a diminué de moitié à l'aide du TPN⁹. Et dans une troisième étude, l'utilisation ciblée de PICO a réduit à la fois le taux de SSI et le nombre de nouvelles hospitalisations et d'opérations répétées¹⁰. À noter : 95 % des patientes recrutées dans cette étude recommanderaient PICO.

PICO—un jalon de la technologie TPN

Auparavant, les dispositifs TPN étaient souvent grands et peu maniables. Avec PICO™ de Smith & Nephew, les gynécologues dis-

posent aujourd'hui d'un dispositif TPN à usage unique ultra-compact. PICO™ est facile à utiliser (un seul bouton), ne nécessite pas de réservoir à excès d'humidité et dispose d'un pansement multi-couches innovant. Placée directement sur la plaie, une couche de contact avec la plaie, en gel de silicone, assure un confort élevé et un changement de pansement sans douleur. Par dessus, une couche à capsules d'air répartit la pression négative de manière homogène sur toute la surface de la plaie. L'excès d'humidité qui sort de la plaie est absorbé par une couche très absorbante, le liquide en excès s'évapore à travers le film extérieur très perméable à la vapeur d'eau. PICO™ assure ainsi une gestion optimale de l'excès d'humidité et crée un milieu de plaie à l'humidité idéale, qui favorise une guérison rapide et complète et prévient les complications de la plaie de manière efficace et totale.

1. Office fédéral de la santé publique OFSP. « Accouchements par césarienne en Suisse », Département fédéral de l'intérieur DFI, 2013
2. Office fédéral de la santé publique OFSP. « Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus » Faits & chiffres Hôpitaux 2012-15, situation au 31.12.2016; <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html>
3. Wloch C et al. Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: results from a multicentre cohort study. BJOG 2012;119: 1324–1333
4. Bullough L et al. Reducing C-section wound complications. The Clinical Services Journal 2015.
5. WHO. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016
6. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). « Consensus Document. Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT ». Wounds International, 2016.
7. Malmström M, Borgquist O. NPWT. Die Einstellung des Drucks und die Auswahl der Wundfüllmaterialien. Einfach erklärt. Wounds International 2010;1(3), verfügbar unter <http://www.woundsinternational.com>.
8. Hickson E et al. A Journey to Zero: Reduction of Post-Operative Cesarean Surgical Site Infections over a Five-Year Period. Surgical Infections 2015;16(2):174-177
9. Bullough L et al. Changing wound care protocols to reduce post-operative caesarean section complications. Wounds UK Harrogate, November 2012 (Poster)
10. Pappala S et al. Reducing Caesarean Section (CS) Surgical Site Infection (SSI) Rate With PICO® Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) In High-Risk Pregnancies. Fetal medicine conference (BMFMS 2015) London, April 2015 (Poster).