

Check-list

« Sécurité du patient au bloc opératoire » : la prévention des risques

Document destiné aux professionnels du bloc opératoire et responsables d'établissements de santé

➤ Points clés

La diversité des patients, l'évolution des pratiques, l'augmentation de la technicité et la diminution de la durée de séjour nécessitent une vigilance permanente pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire et diminuer la survenue d'événements indésirables.

La *check-list* est un programme qui permet de réduire la morbi-mortalité postopératoire de près de 30%. Le principe en est simple : vérifier de manière partagée au sein de l'équipe une série de critères considérés indispensables pour toute intervention chirurgicale et le cas échéant, tracer la décision prise en cas de non-conformité, afin de mettre en œuvre des améliorations spécifiques.

Sa mise en place nécessite un environnement favorable avec l'engagement explicite de la Direction et des instances décisionnelles et représentatives de l'établissement, ainsi que l'implication au quotidien de l'équipe chirurgicale et anesthésique et de l'encadrement infirmier.

Pour garantir l'efficacité de ce programme, il importe d'informer et d'accompagner les professionnels et les patients. Le suivi du programme (concertation entre les différents acteurs, observations, auto-évaluation et audits de pratiques, etc) est indispensable en vue de favoriser une meilleure utilisation et pour permettre une adaptation si nécessaire de la *check-list* aux spécificités de l'établissement et aux disciplines concernées.

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire », véritable changement de la culture et des pratiques au bloc opératoire, doit maintenant faire partie intégrante du travail au quotidien des équipes et ce, afin de garantir une chirurgie plus sûre.

➤ Améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire

La mortalité en lien avec la chirurgie serait dans les pays industrialisés de l'ordre de 0.4 à 0.8% selon les études, et le taux de complications postopératoires graves de 3 à 16%. La moitié de ces complications sont considérées comme évitables¹.

Pour aider les équipes des blocs opératoires à diminuer le nombre de ces complications évitables, l'OMS a lancé le programme « *Safe Surgery Saves lives*² », (Une chirurgie plus sûre pour sauver des vies), proposant entre autres l'utilisation d'une *check-list* péri-opératoire : la *Surgical safety checklist*.

Certains événements indésirables sont rares et inacceptables : erreurs de patient, erreurs de site opératoire, oublis de corps étranger ; d'autres plus fréquents nécessitent également d'être prévenus : défaut de mise en œuvre de l'antibio-prophylaxie, infection du site opératoire, insuffisance d'identification de prélèvement, défaut de coordination dans la prise en charge des soins post opératoires, etc.

L'amélioration de la sécurité du patient est un axe prioritaire pour tous, patients, institutionnels et professionnels. Cet objectif impose un

changement de comportement impliquant l'acquisition d'une culture sécurité basée sur un travail d'équipe. La notion de sécurité, enjeu économique³ et social, implique tant au niveau national qu'à l'échelon de chaque établissement la mise en place de programmes, protocoles ou démarches, dont la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » est un bon exemple.

La *check-list* sécurité au bloc opératoire est une pratique exigible prioritaire pour les établissements de santé dans le cadre de la procédure de certification V2010 (critère 26.a). Sa mise en place est systématiquement vérifiée lors de la visite par les experts-visiteurs. Sa non-utilisation ou son utilisation inadaptée (sans partage de l'information) peut entraîner une décision péjorative du niveau de certification (recommandation, réserve).

➤ Communication, formation et accompagnement des équipes

La mise en place d'un tel dispositif nécessite une campagne d'information auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement, des usagers (les patients et leurs accompagnants) et de leurs représentants.

Cette communication, à l'aide de différents documents (plaquettes, guides, affiches, livret d'accueil, etc.) et de réunions de présentation et d'information, doit permettre d'expliquer les modalités de mise en place de ce programme et son objectif d'amélioration de la sécurité du patient au bloc opératoire.

Une équipe opérationnelle formée à l'utilisation de la *check-list* peut être constituée en soutien. Composée de professionnels du bloc, assistée de ressources externes (hygiéniste, qualitatif par exemple), elle doit sensibiliser les acteurs aux objectifs et enjeux de la *check-list* et les former à sa mise en pratique (rédaction de procédures qui détaillent qui fait quoi, quand et pourquoi). Des simulations à l'aide d'ateliers pratiques peuvent être prévues, afin de :

- développer la verbalisation des vérifications croisées ;
- répondre aux questions du quotidien (intérêt des items et questionnement pour des réponses « non ») ;
- expliquer le rôle du coordonnateur et son positionnement ;
- clarifier les responsabilités de chacun et d'expliquer les risques et dangers d'une fausse sécurité induite par une *check-list* mal utilisée ;
- envisager le cas échéant des adaptations en fonction du contexte local.

1. <http://www.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis.html>

2. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/index.html>

3. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271956/le-cout-de-la-qualite-et-de-la-non-qualite-a-l-hopital

Comment ça marche ?

L'efficacité de la *check-list* est basée sur la vérification croisée partagée entre membres de l'équipe avec la participation du patient à ces vérifications dans la mesure du possible.

Dans la pratique, le patient étant entré en salle, chaque acteur du bloc procède aux vérifications qui le concernent à haute voix ; le coordonnateur coche les items sur le support (papier ou électronique). Si un élément n'a pas été renseigné, la question est posée par le coordonnateur *check-list*.

Le patient doit être prévenu préalablement de la démarche par les personnels des secteurs cliniques ou du bloc opératoire, avant l'entrée en salle d'opération. S'il est en état de comprendre, le patient doit participer aux vérifications, notamment pour l'identité, l'intervention, le site.

Pour les items 1, 2, 3, 5, si les vérifications effectuées de manière croisée sont cohérentes : cocher « Oui » ; sinon cocher « Non » et renseigner la conduite adoptée dans l'encart (cadre « décisions concertées »).

Pour l'item 4 la préparation est non seulement tracée mais doit aussi être effective. Pour l'item 5, l'équipement, le matériel nécessaire pour l'intervention tient compte de la population accueillie (prise en charge des enfants par exemple).

Pour l'item 6, c'est bien la situation clinique du patient qui est renseignée. Le patient a-t-il un risque ? Réponse par « Oui » ou « Non », et si Oui mesures à préciser dans l'encart.

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Bloc :
 Date d'intervention :
 Chirurgien « intervenant » :
 Anesthésiste « intervenant » :
 Coordonnateur « check-list » :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	
1	L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IPR / E / IDE • identité patient confirmés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>Time out</i>) • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*

APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, du compte final correct, des compresses, aiguilles, instruments, etc • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésique

LE RÔLE DU COORDONNATEUR
 (3) S'ILS N'ont pas coché les items à risque, le patient a-t-il un risque ? Réponse par « Oui » ou « Non », et si Oui mesures à préciser dans l'encart.

LA RÉPONSE NA EST APPORTÉE QUAND L'INTERVENTION N'EST PAS CONCERNÉE PAR LE SUJET EN QUESTION.

LA RÉPONSE NA EST APPORTÉE QUAND L'INTERVENTION N'EST PAS CONCERNÉE PAR LE SUJET EN QUESTION.

AFIN DE SOUTENIR L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS, L'ÉTABLISSEMENT PEUT DÉCIDER DE FAIRE SIGNER LES INTERVENANTS ET CLASSER LA CHECK-LIST REMPLIE DANS LE DOSSIER DU PATIENT.
 Un double peut être gardé au bloc opératoire, suivant l'organisation retenue en conseil de bloc opératoire.

À cette étape le chirurgien précise à voix haute : « nous allons opérer Madame ou Monsieur (prénom et nom du patient), de (type d'intervention et côté si latéralité), le patient est installé correctement et les documents sont disponibles, pouvez vous chacun confirmer ». Chaque membre de l'équipe répond par « Oui » ou « Non », puis passe en revue les éléments critiques sur le plan anesthésique, chirurgical et infirmier en vue de l'intervention, en s'appuyant pour se guider sur les questions de la *check-list*.

Tout dysfonctionnement (panne de matériel par exemple) doit être signalé et la situation rencontrée réétudiée à l'occasion de staffs ou réunions.

ENCART POUR PRÉCISER :
 • les mesures prises en cas de risque pour le patient, item 6.
 • les décisions prises en cas de réponse « Non », autres items de la *check-list*, pouvant conduire à l'arrêt de l'intervention.
 • la raison d'une absence de coche, patient pris en urgence et inconscient par exemple.

AFIN DE SOUTENIR L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS, L'ÉTABLISSEMENT PEUT DÉCIDER DE FAIRE SIGNER LES INTERVENANTS ET CLASSER LA CHECK-LIST REMPLIE DANS LE DOSSIER DU PATIENT.
 Un double peut être gardé au bloc opératoire, suivant l'organisation retenue en conseil de bloc opératoire.