



Fondée en 1844

## Check-list au bloc opératoire : mise en place, évaluation de la mise en œuvre et de l'impact

**Haga Sylvie**, Cadre de bloc

**Dr Labrosse**, Chirurgien Digestif, Président de CME

**Rozé-Nief Isabelle**, Responsable Qualité, Risques et Affaires Réglementaires

# Le contexte de la mise en œuvre de la check list

- Cartographie des risques au bloc établie en 2009, identifiant un certain nombre « d'évènements redoutés »:
  - Défaut d'identification du patient
  - Allergies non prises en compte
  - Infection non signalée
  - Défaut de vérification du dossier patient (notamment biologie, carte de groupe...)
  - Protocole d'hygiène non respecté
  - ...



**Décision de refondre les documents de vérification et de traçabilité et d'inclure la check list dans cette mise à jour**



Fondée en 1844

# La mise en œuvre de la check list

- o Première page d'un livret sur la traçabilité au bloc opératoire, mis en œuvre à partir de septembre 2009

**CHECKLIST**  
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉATOIRE »  
Version 2009-01-01

**AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE**

- Identification du patient
- À vérifier avant l'induction de l'anesthésie
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée

**AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE**

- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée

**APRÈS INTERVENTION**

- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée
- Identification de la personne opérant
- Identification de la personne opérée

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- o Traçabilité et vérifications au bloc effectuées dans la continuité de celles faites au départ du service

**FICHE DE LIAISON ENTRE LE DÉPART DU SERVICE ET LE BLOC OPÉATOIRE**

IDENTIFICATION DU PATIENT

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRANT

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRÉE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRANT

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRÉE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRANT

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OPÉRÉE

# Audit sur le remplissage de la check list février 2010 : constats et plan d'action

## Constats

### Remplissage des différentes zones de la check-list :

- 17 fiches **totalemment renseignées** sur 22, soit **77%**
- 4 fiches partiellement renseignées (zones avant induction anesthésique et avant intervention chirurgicale remplies, mais zone après intervention vide)
- 1 fiche non renseignée (totalemment vide) sur 22, soit 5%.

### Identification des « no-go »

**8 fiches avec une case « non » cochée (36%)**, mais pas de remplissage de la zone « décision choisie ».

Pour toutes les fiches concernées, **la case cochée « non » correspond à l'item « confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables ».**

Il y a donc une ambiguïté sur la compréhension de cet item.



## **Plan d'action :**

**Information du personnel sur l'utilisation de la check-list (vidéo HAS)**

**Modification de la charte de bloc pour identifier officiellement le coordonnateur check-list**



Fondée en 1844

# Nouvel audit réalisé en septembre 2010

- Check-list insérée dans l'outil informatique

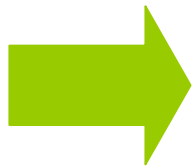
- **Nouvel audit sur 30 dossiers :**

Remplissage des différentes zones de la check-list :

- **28 fiches** totalement renseignées **sur 30, soit 93%** (tour 1 : 77%)
- **2 fiches partiellement renseignées (zones avant induction anesthésique et avant intervention chirurgicale remplies, mais zone après intervention vide)**

Identification des « no-go »

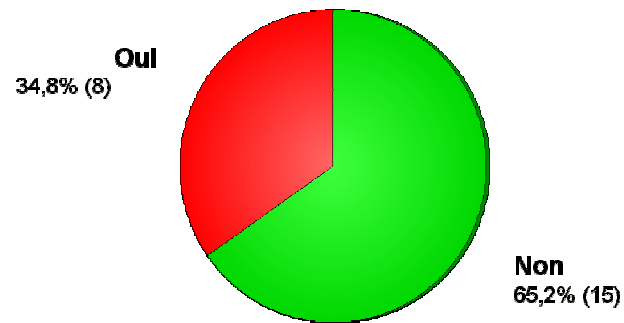
3 fiches avec la case « confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables » cochée « non » (soit 10%, tour 1 : 36%), **mais pas de remplissage de la zone « décision choisie ».**



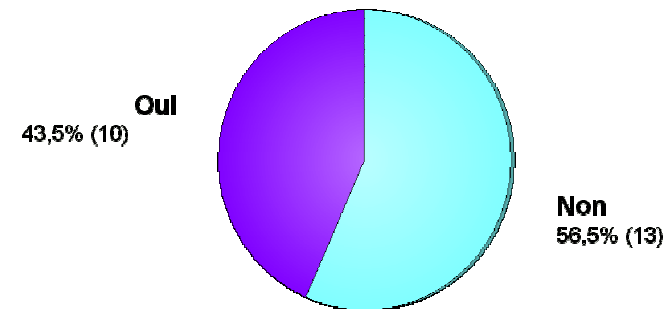
**Nette amélioration du taux de remplissage et de la compréhension des items, mais persiste une ambiguïté pour la case « signalement de dysfonctionnements »**

# Septembre 2010 : enquête auprès des professionnels (23 personnes ayant répondu)

Avez-vous rencontré des difficultés dans la compréhension et/ou dans l'interprétation dans les différents items de la check-list ?



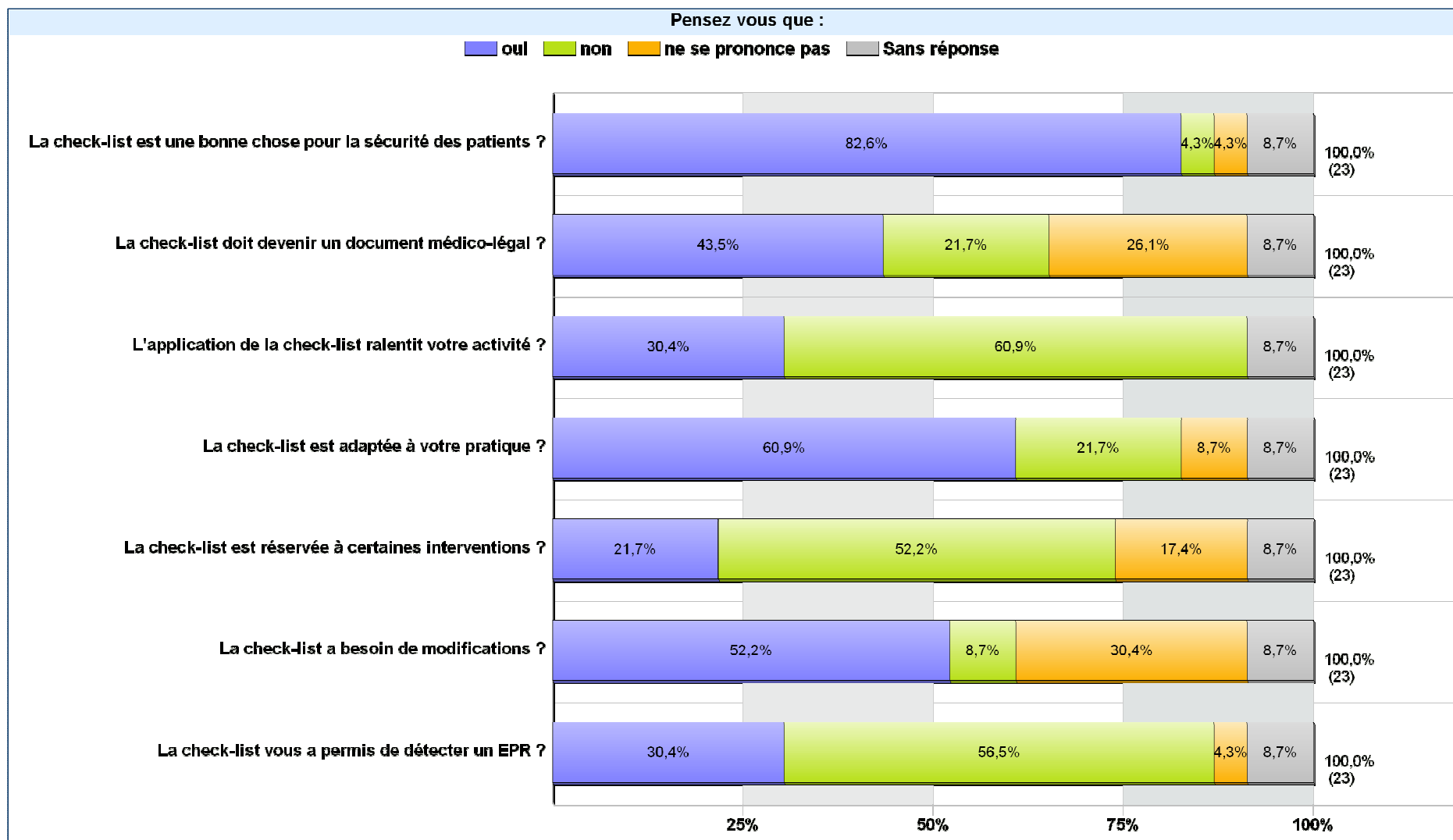
Avez-vous visionné la vidéo de l'HAS pour vous aider dans la mise en oeuvre de la check-list ?





Fondée en 1844

## L'enquête auprès des professionnels (2)



# Mise en œuvre de CREX au bloc opératoire pour l'analyse des situations « no-go »

- Exemple d'évènement analysé en CREX :
  - Constat d'un manque de matériel lors d'une arthrodeuse :
    - Le patient était installé et endormi, lorsque le constat de l'absence d'une partie du matériel a été fait
    - Le patient a été réveillé, et l'intervention reprogrammée.
- Analyse des causes :
  - Erreur de préparation de la commande par le fournisseur, qui n'a pas été constatée à la réception à la clinique, car les informations disponibles ne permettaient pas de vérifier le matériel en détail (commande non formalisée par écrit de manière précise)
  - Toutes les personnes de l'équipe n'avaient pas la même connaissance du matériel attendu pour l'intervention
  - Le fournisseur envoie le matériel dans des boîtes de transport, dans lesquelles on ne peut pas stériliser => on transfère dans d'autres boîtes, et le nombre peut être différent



Fondée en 1844

# Exemple de CREX : bilan et plan d'action

- Analyse de la récupération mise en œuvre pour « rétablir » la situation :
  - Check-list
  - C'est le représentant du labo, qui connaissait le matériel nécessaire, qui a détecté le problème
- Actions correctives mises en œuvre
  - Meilleure formalisation des demandes de matériel pour les interventions complexes
  - Mise en place d'un dépôt de matériel sur place pour le type d'intervention concerné
  - À la réception du matériel, celui-ci est photographié (avant stérilisation)
  - La photo du matériel est collée sur la boîte
  - Pour les interventions complexes, le praticien appelle la stérilisation la veille pour vérifier la liste du matériel reçu



Fondée en 1844

# Mise en œuvre de la check-list : conclusion

- **Les limites :**
  - **Faisabilité pour les interventions de courte durée**
  - **Nécessite une participation active de l'équipe (présence physique + conviction de l'intérêt)**
  
- **Les plus :**
  - **Bonne adaptation des professionnels à cet outil de sécurisation de la prise en charge**
  - **La check-list complète bien notre fiche de liaison service de soins / plateau technique**
  - **La mise en place de la check-list constitue un élément de la démarche qualité et risques au bloc opératoire, en lien avec la mise en place des CREX.**