



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

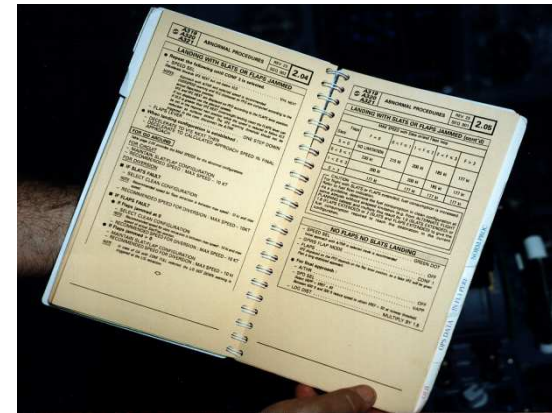
Sécurisation du bloc opératoire : place de la check-list

Un emprunt à l'Aviation

Dans les années 80, L'aviation civile fait le constat que plus de 50% des accidents s'avèrent dus aux facteurs humains

Réponse: Renforcement des briefings, check-lists, Formations facteurs humains et Crew-Resource Management deviennent obligatoires

Le but : pas simplement un rajout d'outils, mais une changement de mentalité



Un forte collusion scientifique internationale pousse à l'adoption rapide

- Programme prioritaire High 5 de l'OMS
- Étude multicentrique 2009 publiée dans le NEngJMed
- 27 papiers internationaux publiés sur le thème depuis le début 2010 dans 6 revues cibles (IJQHC, QSHC, Annals, JAMA, NENgJMed, Ann Surg)
- Autant à venir sous presse...
- Une tonalité et un contenu qui passe progressivement de l'enthousiasme de départ à l'évaluation plus scientifique des résultats



La Haute Autorité l'impose dans la certification en janvier 2010



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Communiqué de presse

Saint-Denis La Plaine, le 26 juin 2009

Lancement de la certification « sécurité des soins »

L'ensemble des acteurs concernés (chirurgiens, associations de patients) réunis par la Haute Autorité de Santé, à partir de celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, ont décidé de certifier en France, 6,5 millions d'interventions chirurgicales par an, dont près de la moitié seraient complexes. La mise en place de la check-list « sécurité des soins » vise à réduire le risque de survenue d'événements indésirables et ainsi à améliorer la sécurité des soins. Cette check-list reprend 10 points essentiels.

La HAS, avec les représentants des différents acteurs de la certification (Associations de patients, LIEN, membre du CIL, etc.), a travaillé avec les professionnels de santé français. Elle vise à diminuer le taux de complications. Cette check-list reprend 10 points essentiels.

Identification du patient		CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE		HAS HAUTE AUTORITE DE SANTÉ	
Etiquette du patient ou nom, prénom, date de naissance		Version 2010 - 01			
Salle :		Chirurgien « intervenant » :			
Date d'intervention :		Anesthésiste « intervenant » :			
Heure intervention (début) :		Coordonnateur check-list :			
AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE Temps de pause avant anesthésie		AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision		APRES INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
1 Identité du patient : - le patient a déclaré son nom, sinon, <i>par défaut</i> , autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		6 Vérification "ultime" croisée au sein de l'équipe - identité patient correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - site opératoire correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - installation correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A		9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - de l' intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, ... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A - de l' étiquetage des prélèvements, pièces opératoires... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A - du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : - <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention,...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
3 Le mode d' installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site d'intervention et non dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A		8 Antibioprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R		En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	
4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié - pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre - allergie du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - risque d'inhalation , de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Abréviations utilisées : C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires



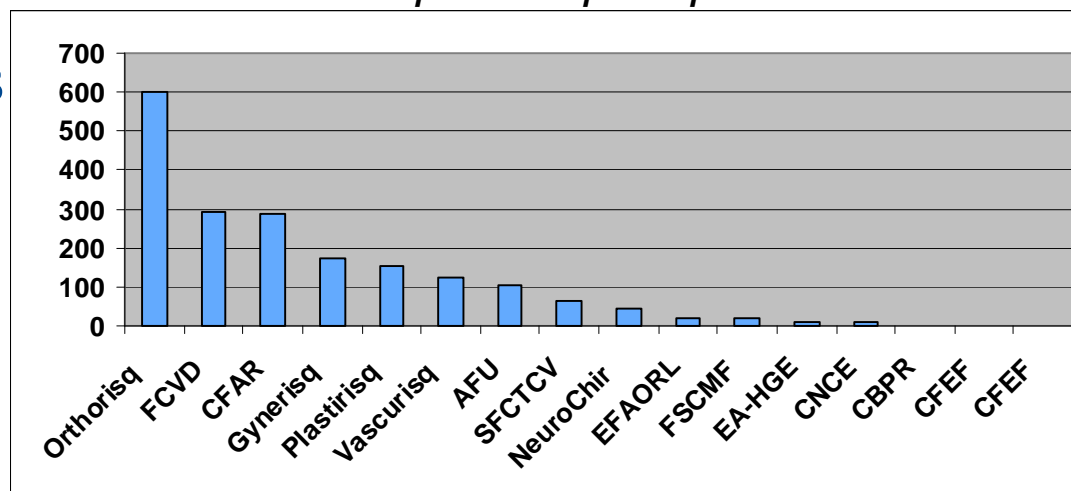
Objectifs prioritaires de la C/L au bloc

1. **Détection ultime des erreurs de patients, site, procédures**
2. **Détection ultime des mauvaises positions**
3. **Détection ultime des matériaux manquants ou en panne**
4. **Détection ultime des oublis d'antibioprophylaxie, de CE...**
5. **Partage d'information clé sur le patient (dossier médical, allergies, radios...)**

Une première Enquête fait le bilan de l'utilisation en Juillet -Août 2010

- Via l'accréditation des médecins
- Envoi (x1) d'un questionnaire par internet le 25 juin aux **8.781 médecins de 16 OAA**
- **1.900 réponses anonymisées / 21,6%**

Réponses par spécialités



Quels sont les attendus d'une check-list en aviation

1. **Une vérification ultime** d'items clés qui peuvent être mal configurés ou en panne, conduite par les acteurs décisionnaires (et non les acteurs subalternes, mécaniciens de maintenance)
2. **Collective** : la check list est -avec les briefings- l'outil qui sert à caler la représentation commune des personnes qui vont travailler ensemble dans les secondes /minutes qui suivent (common situation awareness)
3. **Conduisant à des décisions de corrections standardisées** chaque fois que nécessaire. L'équipage analyse les items en défaut et prend sa décision à l'aide d'une MEL (*Minimum Equipment List*) qui donne toutes les valeurs de GO/ NON GO et les stratégies de contournement du problème quand il en existe

Résultats (1/3)

1. La check-list est mise en place quasiment partout et les opinions sur l'utilité de principes sont plutôt favorables
2. Les items sont dans l'ensemble vérifiés ... par quelqu'un

Mise en place de la	OUI	NON
Check-list (1893 réponses)	1.871 (98,8%)	22 (1,2%)

Résultats (2/3)

3. Mais la délégation totale aux IBODE/IADE est la norme
4. Les médecins n'y participent pas du tout dans près de la moitié des cas

Délégation			<i>Participation**</i>			
A un autre professionnel, le plus souvent soignant			<i>Oui</i>		<i>Non</i>	
Toujours	1324	72,5%	709	53,5%	566	42,7%
Parfois	350	19,2%	285	81,4%	53	15,1%
Jamais	132	7,2%	120	90,9%	8	6,1%
Total	1827	100%	1122	61,4%	633	34,6%

Résultats (3/3)

5. Les items sont remplis avec deux interprétations très différentes

- Répondent « oui » quand l'item a été vérifié 768 (40,4%)
exemple : allergie du patient vérifié = oui (qu'il soit ou non allergique)
- Répondent « oui » quand l'item est présent 1013 (53,3%)
exemple : allergie du patient = oui (patient allergique)
- Non réponse 119 (6,3%)

6. Et il n'y a aucune traçabilité de la décision de correction ou de stratégie alternative

Synthèse : conformité acquise, mais peu encore de plus value réelle

1. **La Check list est en place**
2. **Les mentalités sont dans l'ensemble plutôt favorables et reconnaissent l'utilité de la vérification**
3. **Mais la C/L est encore mal utilisée**
 - 1 objectif sur 3 atteint : la mise en place,
 - restent l'usage collectif et la traçabilité de la décision
4. **La France n'est en rien différente du reste du monde (littérature convergente sur les mêmes difficultés)**
5. **Directions pour l'amélioration**
 - Convaincre dans le réel et dans le pragmatisme des situations
 - Ne pas exiger des postures qui ne correspondent pas au fonctionnement réel des blocs (présence des chirurgiens et des anesthésistes en flux tendu)
 - Mais faire réfléchir sur les solutions de GO-NON GO et demander à ce qu'elles soient explicites
 - Lutter pour une vraie implication des médecins
 - Insérer la C/L (qui n'est qu'une vérification ultime) dans un contexte de vérification et de Qualité qui a dû commencer bien avant

Conclusion

- 1. Importer un outil n'est pas suffisant pour retrouver le bénéfice acquis dans un autre contexte (Aviation)**
- 2. Il faut comprendre (et importer aussi) les éléments d'accompagnement de ce contexte**
 - Procédure globale de vérification commençant bien avant cette vérification ultime
 - Complémentation par les briefings
 - Critères fixes de décision en cas de problème
 - Culture de traçabilité des problèmes
- 3. Mais l'évolution est en route...la HAS va continuer à pousser dans cette direction en concertation avec les acteurs de terrain. L'évolution a pris 20 ans en aéronautique, espérons qu'elle soit plus rapide en médecine.**