



# La Check liste , dix ans après... Quel bilan?

E de Thomasson



Remerciements à  
B. FRATTINI (MACSF)  
et  
F. SAILHAN (Branchet)



# Historique

- Proposée par l'OMS en 2008 suite à une expérimentation sur 8 centres hospitaliers. *(Canada, Inde, Jordanie, Nouvelle-Zélande, Philippines, Tanzanie, Angleterre, États-Unis)*

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale		Organisation mondiale de la Santé	Sécurité des patients
<b>Avant induction de l'anesthésie</b> <small>(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)</small>	<b>Avant incision de la peau</b> <small>(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)</small>	<b>Avant que le patient ne quitte la salle d'opération</b> <small>(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)</small>	
<p><b>Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<p><input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision</p> <p>Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<p><b>L'infirmier(ère) confirme oralement :</b></p> <input type="checkbox"/> Le type d'intervention <input type="checkbox"/> Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct <input type="checkbox"/> Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient) <input type="checkbox"/> S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre	
<p><b>Le site de l'intervention est-il marqué ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet	<p><b>Anticipation d'événements critiques</b></p> <p><b>Pour le chirurgien :</b></p> <input type="checkbox"/> Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ? <input type="checkbox"/> Quelle sera la durée de l'intervention ? <input type="checkbox"/> Quelle est la perte sanguine anticipée ?	<p><b>Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)</b></p> <input type="checkbox"/> Quelles sont les principales préoccupations relatives au niveau et à la prise en charge postopératoire du patient ?	
<p><b>Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui	<p><b>Pour l'anesthésiste :</b></p> <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ?	<p><b>Pour l'équipe infirmière :</b></p> <input type="checkbox"/> La vitalité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Y'a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?	
<p><b>L'oxygène de poids est-il en place et en état de marche ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui	<p><b>Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet		
<p><b>Le patient présente-t-il :</b></p> <p>une allergie connue ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
<p>un risque d'intubation difficile ou un risque d'intubation ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles			
<p>un risque de perte sanguine &gt;500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prises			

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont encouragées. Révisé 11/2009 ©-OMS, 2009



# Historique

- Imposée par la HAS en 2010, dans le cadre de la certification des établissements.

**CHECK-LIST**  
**« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »**  
 Version 2011-01

HAS Service National de l'Établissement

Blc : \_\_\_\_\_ Salle : \_\_\_\_\_  
 Date d'intervention : \_\_\_\_\_ Heure (début) : \_\_\_\_\_  
 Chirurgien + intervention : \_\_\_\_\_  
 Anesthésiste + intervention : \_\_\_\_\_  
 Coordinateur(s) check-list : \_\_\_\_\_

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Face avant sortie de salle d'opération</i>
<p>1. L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p> <p>2. L'intervention et site opératoire sont confirmés :            • oralement par le patient, et dans tous les cas, par le chirurgien ou praticien opérateur            • la documentation clinique et para-clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p> <p>3. Le mode d'installation est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p> <p>4. La préparation cutanée de l'équipe est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p> <p>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<sup>(1)</sup>            - pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>  <i>(à voir avec votre médecin anesthésiste)</i></p> <p>6. Vérification ciblée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adaptées :            Le patient présente-t-il un :            • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<sup>(1)</sup>            • risque d'intubation, de difficulté d'intubation, de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<sup>(1)</sup>            • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<sup>(1)</sup></p>	<p>1. Vérification « ultime » réalisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgiens (et anesthésiste) / IADE / IDE :            • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • documents nécessaires disponibles (transmission imagée) <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>2. Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) :            • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>  <i>(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérabilité, etc.)</i>            • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>  <i>(des médicaments anesthésiques, risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</i></p> <p>3. L'antibioprophylaxie a été effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            selon les recommandations et pratiquée en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> N/A            La préparation du champ opératoire est réalisée selon la procédure en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p>	<p>1. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :            • de l'intervention envisagée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • du compte final correct (des compresses, aiguilles, instruments, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup>            • si des événements indésirables ou potentiels de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?  <i>(à voir avec votre médecin anesthésiste, voir page 14)</i></p> <p>2. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière coordonnée entre les équipes chirurgicales et anesthésiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<sup>(1)</sup></p> <p style="text-align: center;"><b>SÉCURITÉ CONCRÈTE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE « N/A »</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SUIVI PROCÉDURE EN VOUS RÉFÉRANT À L'ÉTABLISSEMENT</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Attention que la checklist a été recopiée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe</small></p> <p>Chirurgien      Anesthésiste / IADE      Coordinateur au O.</p>

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S), RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE :  
 (1) SI LA VÉRIFICATION A NON ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET  
 (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES « N/A ») ONT ÉTÉ L'OBJET D'UNE CONSTATATION EN ÉQUIPE, ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ÉTAAT SPÉCIFIQUE

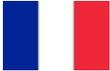
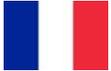


# A prouvé son efficacité...

- Haynes AB et al. *A surgical safety check list to reduce morbidity and mortality in global population*. New England Journal of Medicine. 2009
- Russ, S et al. *The WHO Surgical Safety Checklist : Survey of patient views*. BMJ Quality & Safety, 2014 
- Heller S et Parvizi J. *Minimising the risk of infection: a peri-operative checklist*. J Bone Joint Surg. 2016 USA 
- Hart EM, Owen H. *Errors and omissions in anesthesia: a pilot study using a pilot's checklist?* Anesth Analg. 2005 



# ...mais aussi son inefficacité

- Urbach D. et al. *Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada.* N Engl J Med.2014 
- Cunat C et al. *Implementation strategy of the HAS French surgical check-list in a university hospital.* Ann Fr Anesth Reanim.2011 
- Soria Aledo V et al. *Difficulties in implementing a surgical check list in operating theatre.* Cir Esp.2012 
- Hacquard P et al. *Assessment of the check-list in the operating room: perceptions of caregivers and physicians.* Ann Fr Anesth Reanim.2013 



# Incidence sur les plaintes

## Analyse des dossiers de nos assureurs entre 2007 et 2018



# Incidence sur les plaintes

Analyse des dossiers de nos assureurs entre 2007 et 2018

- **MACSF: 830 sinistres** (dossiers clos) **entre 2012 et 2016.**
  - 4 erreurs de site ou de coté (0,5%)
  - 43 infections « fautives » (5,2%)



# Incidence sur les plaintes

## Analyse des expertises entre 2007 et 2018

- **MACSF: 830 sinistres entre 2012 et 2016**
  - 4 erreurs de site ou de coté (0,5%)
  - 43 infections « fautives » (5,2%)
- **Branchet: 4413 expertises de 2007 à 2017**
  - 59 erreurs de site ou de coté (1,3%)
  - 302 infections « fautives » (6,8%)





# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation à l'enquête:



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation à l'enquête:



- 2018: 944 réponses sur 1905 invitations (environ 50%)
- 2010: 599 réponses sur 1498 invitations (environ 40%)







# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation au « time out »:



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation au « time out »:



- 2010: 72.9%
- 2018: 94%



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation au « time out »: 
  - 2010: 72.9%
  - 2018: 94%
- Si le chirurgien oublie de faire le « time out », un des membres de l'équipe le lui rappelle dans 85% des cas.



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Participation du chirurgien au temps 3: 
  - 2018: 54 %
  - 2010: 51 %
  
- Participation du MAR au temps 3: 
  - 2018: 48%
  - 2010: 49%



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Efficacité de la CL:
  - En 2018, 60% des chirurgiens déclarent avoir évité des incidents grâce à la CL.



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Efficacité de la CL
  - En 2018, 60% des chirurgiens déclarent avoir éviter des incidents grâce à la CL.
    - Il s’agissait :
      - d’absence ou d’erreur de matériel: 38%
      - erreur de site ou de coté: 60%
      - erreur ou oubli d’antibioprophylaxie: 58.7%
      - erreur de patient: 11.5%



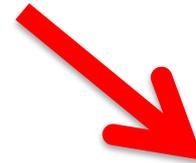
# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Ressenti de l'efficacité:



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Ressenti de l'efficacité:
  - Utile à la sécurité du patient:
    - 2010: 87% des chirurgiens
    - 2018: 67% des chirurgiens





# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Ressenti de l'efficacité :



- 28% estiment que la CL leur permettra peut être d'éviter un EI dans leur vie.
- 12% estiment que c'est une procédure purement administrative.

– Cunat C, Flatin V, Viale JP. Implementation strategy of the HAS French surgical checklist in a university hospital *Ann Fr Anesth Reanim.*2011 



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Malgré une relative « perte de confiance » dans l'outil, la participation des chirurgiens à la CL reste importante.



# Résultats enquête Orthorisq 2018 vs enquête 2010

- Malgré une relative « perte de confiance » dans l'outil, la participation à la CL reste importante aux yeux des chirurgiens interrogés.
- Comment améliorer la performance de la CL et lui rendre sa crédibilité aux yeux de tous les membres de l'équipe?



# Analyse des causes de dysfonctionnement

- En 2010 l'enquête insistait sur:
  - L'importance de l'accompagnement de la CL par la CME et la direction de l'établissement.



# Analyse des causes de dysfonctionnement

- En 2010 l'enquête insistait sur:
  - L'importance de l'accompagnement de la CL par la CME et la direction de l'établissement.
  - L'adaptation de la CL à l'environnement (67% des chirurgiens l'estimait inadaptée à leur mode d'exercice).



# Analyse des causes de dysfonctionnement

- En 2010 l'enquête insistait sur:
  - L'importance de l'accompagnement de la CL par la CME et la direction de l'établissement.
  - L'adaptation de la CL à l'environnement (67% des chirurgiens l'estimait inadaptée à leur mode d'exercice).
  - L'importance de la communication entre les membres de l'équipe.



# Participation des CME

- 2010:
  - Réunions préparatoires dans 50% des établissements.
  - Participation de 85% des chirurgiens.
  - Décision de qui piloterait la CL dans 63%.



# Participation des CME

- 2010:
  - Réunions préparatoires dans 50% des établissements.
  - Participation de 85% des chirurgiens.
  - Décision de qui piloterait la CL dans 63%.
- 2018:
  - Formation des nouveau arrivants dans 22% des établissements.
  - Retours formalisés dans 35% des établissements.
    - 10% de manière régulière
    - 7% à l'occasion de la certification



# Participation des CME

- Il existe donc un manque cruel d'investissement institutionnel dans la mise en place et l'animation de cet outil de sécurité!



# L'adaptation à l'environnement

- Dabholkar Y et Al. *Evaluation and Customization of WHO Safety Checklist for Patient Safety in Otorhinolaryngology*. Indian J Otolaryngolo Head Neck Surg. 2018 
- Vazquez-Gonzales A et al. *Effectiveness of an intervention to improve the implementation of a surgical safety check-list in tertiary hospital*. Rev Calid Asist 2016 
- Delaunay C et al. *La check liste au bloc opératoire: quelques raisons d'espérer*. Risques et Qualité. 2013 



# Adaptation de la CL à l'exercice



- CL et matériel nécessaire à l'intervention:
  - L'analyse des déclarations d'EI mettant en cause la CL montrent qu'il s'agit dans la majorité des cas:
    - d'aléas (papier perforé, chute de filtre, eau dans les boites).



# Adaptation de la CL à l'exercice



- CL et matériel nécessaire à l'intervention:
  - L'analyse des déclarations d'EI mettant en cause la CL montrent qu'il s'agit dans la majorité des cas:
    - d'aléas (papier perforé, chute de filtre, eau dans les boites).
    - ou de problèmes qui auraient du être vérifiés en amont (manque d'un élément d'ancillaire, ou d'un instrument, conditionnement et stockage des boites).



# Adaptation de la CL à l'environnement

- La CL ne devrait servir qu'à contrôler la présence des DMI ou celle de toutes les boites de l'ancillaire nécessaire à l'intervention...





# Adaptation de la CL à l'environnement

- La CL ne devrait servir qu'à contrôler la présence des DMI ou celle de toutes les boites de l'ancillaire nécessaire à l'intervention...
  - .....et ce serait déjà bien qu'une procédure soit prévue dans ces cas là.





# La communication entre les membres de l'équipe

- Les erreurs d'antibioprophylaxie:
  - Elles posent le problème de la collaboration entre les chirurgiens et les anesthésistes.





# La communication entre les membres de l'équipe

- Les erreurs d'antibioprophylaxie:
  - Elles posent le problème de la collaboration entre les chirurgiens et les anesthésiste
  - ...et de la connaissance des recommandations.



Sur 6 recommandations 9 médecins sur 10 affirmaient en utiliser au moins 1, mais 1 sur 10 connaissait les 6.

Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique.

*Marc-André GUERVILLE et al. Inserm Aix Marseille DRESS 2009*



# La communication entre les membres de l'équipe

- Connaissance des recommandations:
  - Rôle du CLIN
  - Mise à disposition en salle des recommandations *(éventuellement adaptées à l'environnement bactériologique de l'établissement par la CLIN).*
  - Diffusion des recommandations à tous les intervenants.



Actualisation de recommandations

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. (patients adultes)

2017



# La communication entre les membres de l'équipe

- La communication entre le chirurgien et le MAR



# La communication entre les membres de l'équipe

- La communication entre le chirurgien et le MAR
  - Le chirurgien participe à 94% au « time out » et 52% au temps 1
  - Le MAR participe à 98% au temps 1 et à 42% au »time out »

La délégation à l'IADE me parait devoir être discutée et au moins clarifiée.  
Elle est chargée de conduire l'anesthésie SOUS LA DIRECTION et la responsabilité de l'anesthésiste...,  
c'est une exécutante qui ne connait a priori pas le dossier du patient!



# La communication entre les membres de l'équipe

- La communication entre le chirurgien et le MAR
  - Le chirurgien participe à 94% au « time out » et 52% au temps 1
  - Le MAR participe à 98% au temps 1 et à 42% au « time out »
- Pb comment faire communiquer anesthésistes et chirurgiens si ils ne se voient pas!?





# La communication entre les membres de l'équipe

- Göransson K et al. *Better communication between surgery and anesthesia may provide safer surgery. The exchange of information has been mapped within the framework of "Safe abdominal surgery"*. Lakartidningen. 2015 
- Hacquard P et al. *Assessment of the check-list in the operating room: perceptions of caregivers and physicians*. Ann Fr Anesth Reanim.2013 
  - Code de déontologie médicale
  - HAS: [https://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe](https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe)

*... Malheureusement l'accréditation en équipe ne concerne que les membres d'une même spécialité!*



# La communication entre les membres de l'équipe

- Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates » Actes de la recherche en sciences sociales 2005 <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-98.htm>



# Communication entre les membres de l'équipe et efficacité de la CL?

- Quelles conséquences?



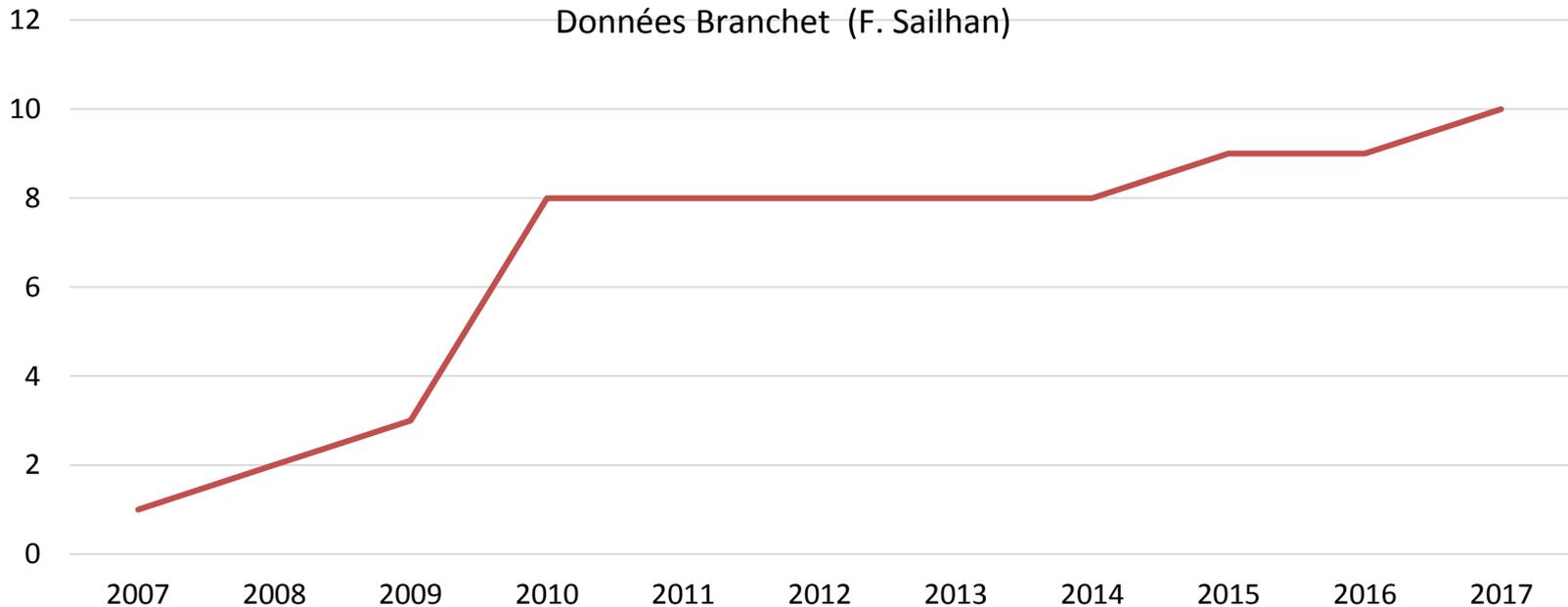
# Communication entre les membres de l'équipe et efficacité de la CL

- L'application stricte de la CL devrait faire disparaître:
  - Les erreurs d'antibioprophylaxie
  - Les erreurs de site ou de coté



# Communication entre les membres de l'équipe et efficacité de la CL

Erreurs d'antibioprophylaxie auraient tendance à augmenter malgré l'institution de la CL



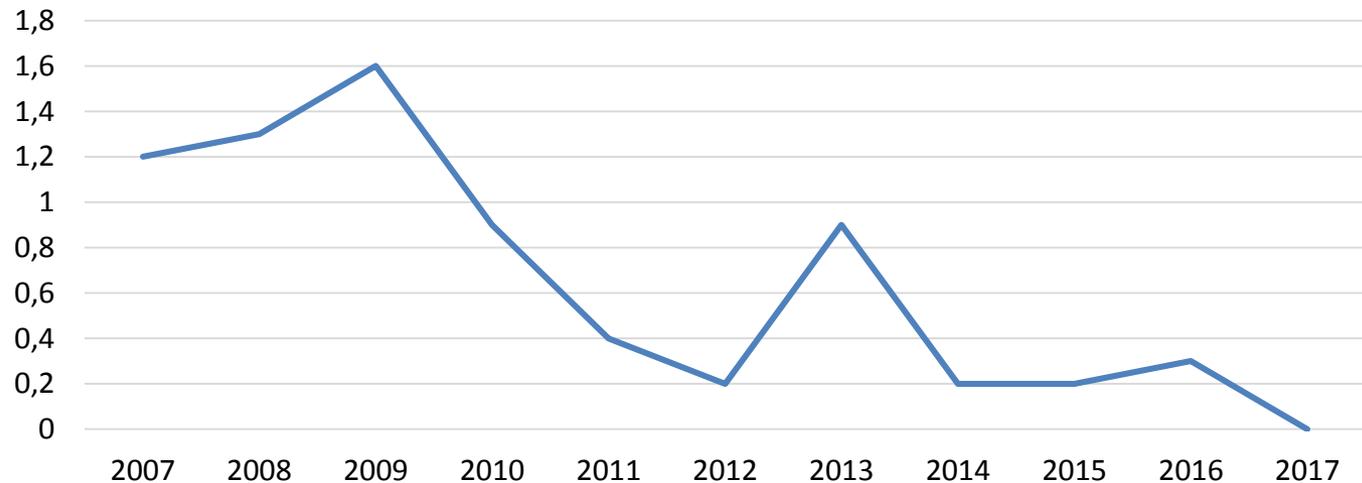


# Communication entre les membres de l'équipe et efficacité de la CL

La check liste pourrait avoir réduit le nombre d'erreur de site ou de coté!

Données Branchet (Dr F. Sailhan)

Erreur de site ou de coté





# Pourquoi ces tendances opposées?

- Est-ce parce que:
  - Seule l'erreur de site est un souci commun aux équipes chirurgicales et anesthésiques?



# Pourquoi ces tendances opposées?

- Est-ce parce que:
  - Seule l'erreur de site est un souci commun aux équipes chirurgicales et anesthésiques?
  - La communication ne s'effectue qu'au sein d'une équipe, chirurgicale ou anesthésique?



# Pourquoi ces tendances opposées?

- Est-ce parce que:
  - Seule l'erreur de site est un souci commun aux équipes chirurgicales et anesthésiques?
  - La communication ne s'effectue qu'au sein d'une équipe, chirurgicale ou anesthésique?
  - Les contrôles sont effectués principalement par les IBODE et les IADE qui ne peuvent efficacement contrôler que le site ou le coté? Hacquard P et al. *Assessment of the check-list in the operating room: perceptions of caregivers and physicians.* Ann Fr Anesth Reanim.2013



# Conclusions

- Ce n'est pas la CL qui fait la sécurité mais l'organisation qui est mise en place pour sa réalisation.



# Conclusions

- Ce n'est pas la CL qui fait la sécurité mais l'organisation qui est mise en place pour sa réalisation.
  - Accompagnement par la CME et/ou la direction.
  - Rôle du conseil de bloc
  - Adaptation à l'environnement
  - Evaluations et retours réguliers
    - » Mise en place d'audits avec des objectifs identifiés
    - » Ex: conformité ATBP et CL, erreurs diagnostiquées etc...



# Conclusions

- Améliorer la communication entre les chirurgiens et les anesthésistes
  - Définir des objectifs et des moyens en commun
  - S'accorder sur le type d'antibioprophylaxie et sur le délai entre l'injection et l'incision
  - Place de l'IADE (subordination...)



# Conclusions

- Adapter la CL à son exercice et à l'organisation de son établissement:





# Conclusions

- Adapter la CL à son exercice et à l'organisation de son établissement:
  - Quoi contrôler?
  - Quelles prescriptions post opératoires et pour quelle période?





# Conclusions

- Le souci d'excellence de la HAS aurait il produit un document inapplicable?





# Conclusions

- La CL OMS, plus simple et moins intrusive, serait elle la clé de meilleurs résultats?

12 questions binaires et 2 à choix multiples

**Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale**  Organisation mondiale de la Santé **Sécurité des patients**  
Une Alliance mondiale pour des soins sûrs

Avant l'induction de l'anesthésie → Avant l'incision de la peau → Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

**Avant l'induction de l'anesthésie**  
(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

- Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?  
 Oui
- Le site de l'intervention est-il marqué ?  
 Oui  
 Sans objet
- Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?  
 Oui
- L'ocyténite de poids est-elle en place et en état de marche ?  
 Oui
- Le patient présente-t-il :
  - une allergie connue ?  
 Non  
 Oui
  - un risque d'intubation difficile ou un risque d'embolie ?  
 Non  
 Oui, et équipement/assistance disponibles
  - un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?  
 Non  
 Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus

**Avant l'incision de la peau**  
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

- Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)
- Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision
- Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?  
 Oui  
 Sans objet
- Anticipation d'événements critiques
  - Pour le chirurgien :
    - Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
    - Quelle sera la durée de l'intervention ?
    - Quelle est la perte sanguine anticipée ?
  - Pour l'anesthésiste :
    - Le patient présente-t-il un problème particulier ?
  - Pour l'équipe infirmière :
    - La stabilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?
    - Y'a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?
- Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?  
 Oui  
 Sans objet

**Avant que le patient ne quitte la salle d'opération**  
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

L'infirmier(ère) confirme oralement :

- Le type d'intervention
- Que le compte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
- Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
- S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère) :

- Quelles sont les principales préoccupations relatives au niveau et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour l'adapter à la pratique locale sont encouragées. Révisé 11/2009 © OMS, 2009



Quoiqu'il en soit l'erreur ne doit pas faire renoncer.  
Elle existe même chez les meilleurs....

