

LA CHECK LIST PERI OPERATOIRE

**UN ENJEU DE QUALITE ET DE
SECURITE DES SOINS**

Christine COUTISSON

9^{ème} Congrès 14 – 15 octobre 2010 St Denis

SOMMAIRE

- Historique
- Objectifs
- Bénéfices attendus
- L'expérience du CHIC
- L'engagement du cadre
- Conclusion

HISTORIQUE (1)

- ❖ Janv 2009 : travail initié par l'OMS réalisé en 2 étapes successives :
 - Phase de création d'une check list ayant pour but d'identifier les étapes cruciales du processus opératoire ayant potentiellement un impact sur la sécurité
 - Validation de la check list opératoire afin d'en démontrer la faisabilité et le bénéfice (morbi-mortalité)

HISTORIQUE (2)

- ❖ Publication dans le New England Journal of Medicine d'une étude montrant l'impact positif d'une check-list opératoire dans 8 hôpitaux à travers le monde (Inde, Australie, EU, France, Angleterre..) :
- ❖ Constat :
 - Mortalité des opérés a diminué de 47%
 - Diminution des complications de 36%

HISTORIQUE (3)

- ❖ A la suite de ces résultats :
décision de la HAS de mettre en place cette check-list dans les Établissement de Santé à un horizon court (Janvier 2010)
- ❖ Dès Fev 2009 : la HAS contacte les sociétés savantes (SFAR, CFAR, Fédérations Hospitalières etc...) pour envisager une version adaptée à nos structures de santé
- ❖ Nombreuses discussions pour arriver au document final surtout en ce qui concerne le matériel d'anesthésie (SaO2...)

LA CHECK LIST PERI OPERATOIRE

- ❖ Devient un critère exigible de la certification dans les ES à partir du 1er Janvier 2010
- ❖ Non modifiable = des items peuvent être rajoutés mais non enlevés
- ❖ Se découpe en 3 temps :
 - Avant l'induction
 - Avant l'incision
 - Après l'intervention mais avant la sortie de salle du patient

OBJECTIFS (1)

- ❖ La philosophie générale est de :
- Pointer la qualité de vérification du matériel d'anesthésie (tuyaux...)
- Favoriser la vérification plus générale du matériel présent dans les salles d'opération
- Permettre un renforcement de la pratique de gestion de l'antibiothérapie avant incision

OBJECTIFS (2)

- ❖ Renforcer des notions capitales pour la sécurité :
 - L'identification du patient (nom, prénom, date de naissance) = opérer le bon patient !
 - Le côté à opérer = opérer le bon patient du bon côté !
 - Le risque en Anesthésie (allergie, VAS..) = améliorer la sécurité interventionnelle anesthésique
 - La vérification matériel de salle d'opération = diminuer le risque infectieux
 - Développer le travail en équipe et la coordination interprofessionnelle

OBJECTIFS (3)

- ❖ Devrait être un vecteur fédérateur des équipes soignantes :
 - Pour permettre un échange inter équipes (Chirurgiens/MAR -IBODE/IADE) afin d'énoncer des problèmes parfois méconnus des autres membres de l'équipe
 - Pour permettre l'implication de tous sans que cela ne devienne un acte routinier

BENEFICES ATTENDUS

❖ *Check list :*

- **Visé à améliorer la sécurité des soins au bloc opératoire**
- **Réduire la survenue d'EIG**
- **S'inscrit dans les évolutions organisationnelles culturelles et comportementales afin de promouvoir la sécurité des soins au Bloc Opératoire**

L'EXPERIENCE DU CHIC

- ❖ Une dynamique de mise en place instaurée par le Responsable Médical du Pôle de Chirurgie et de l'encadrement supérieur dès Juillet 2009
- ❖ Une check list adaptée pour :
 - le bloc polyvalent (différentes spécialités)
 - le bloc des spécialités (ORL-OPH) = rajout d'items (IRM..)

LA MISE EN PLACE (1)

- ❖ Une mise en place « d'essai » le 3 Juillet 2009 sur les blocs
- ❖ Parallèlement une communication cadre du bloc polyvalent /équipe d'IBODE forte pour impulser une dynamique d'appropriation

LE SUIVI (1)

- ❖ Mise en place de la check list gérée par les cadres des blocs :
 - 4 réunions d'évaluation entre le 3 Juillet et le 31 décembre 2009 en présence de :
 - Responsable Médical du Pôle de Chirurgie,
 - Chirurgiens, chef du service d'Anesthésie
 - L'encadrement : le CSS délégué au pôle, la CSSIADE DAR-Blocs, les cadres IADE et IBODE

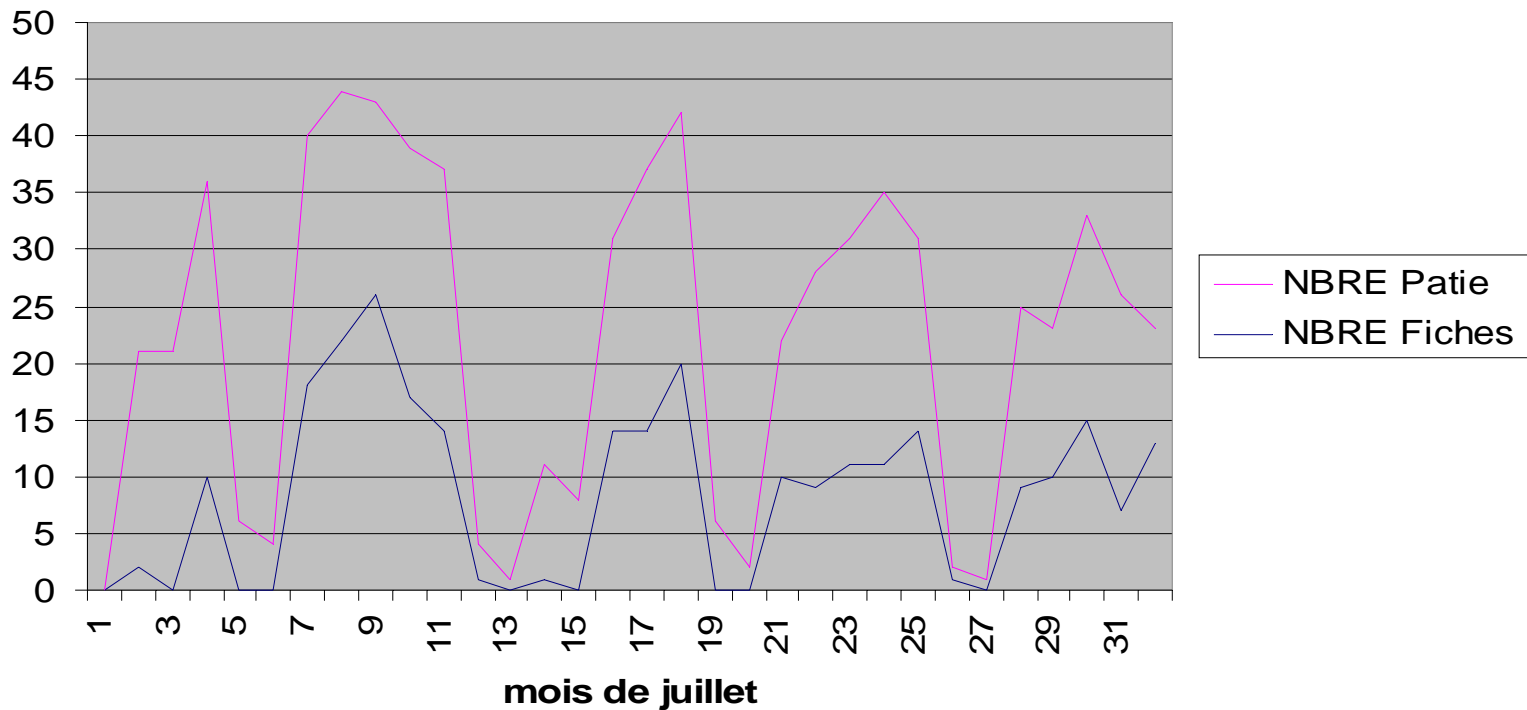
LE SUIVI (2)

❖ Constat :

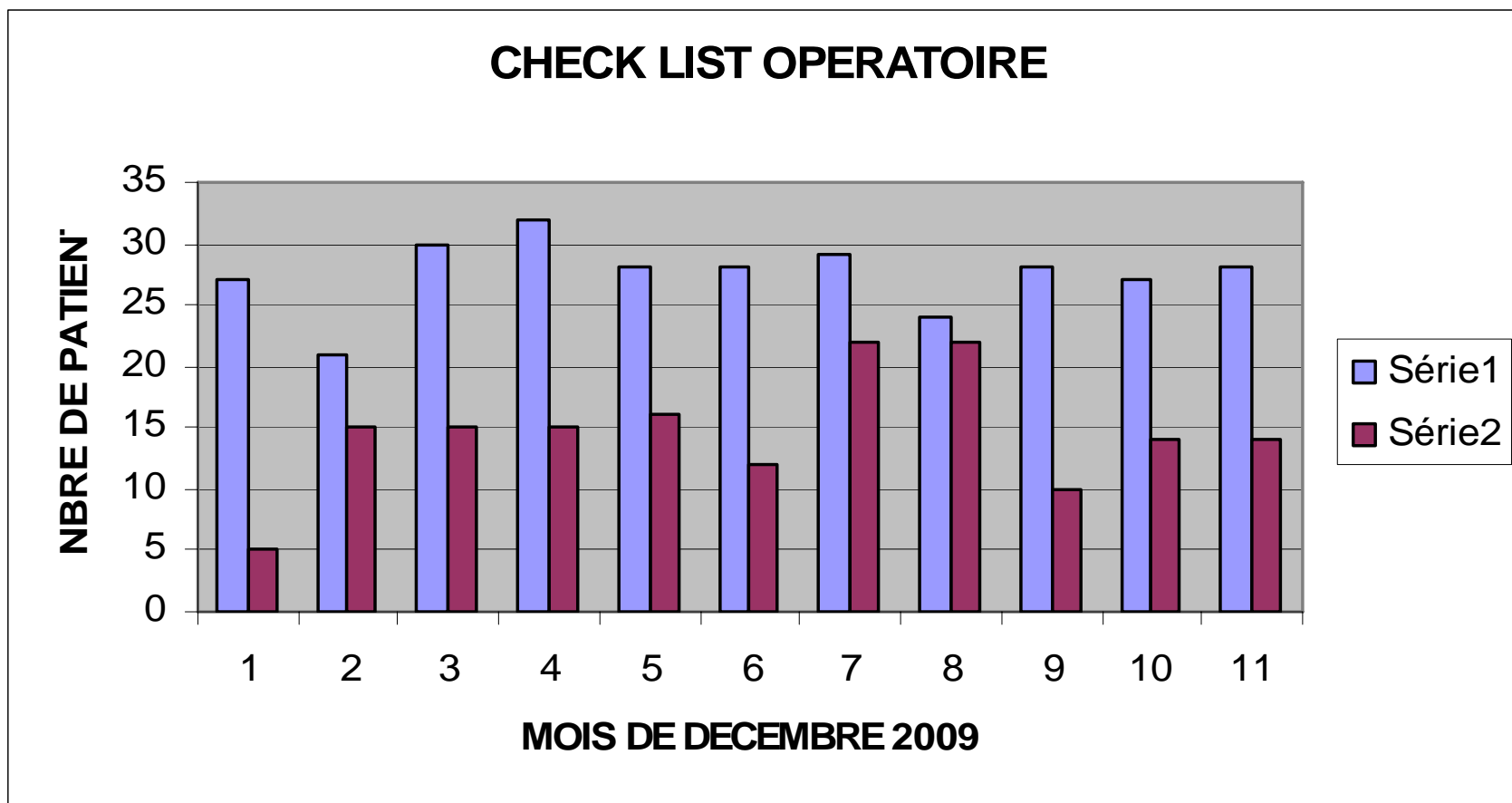
- Appropriation forte de la check list par les IBODE sur les deux blocs mais résultat en demi teinte
- Une évaluation quantitative réalisée :
 - ◆ A 1 mois : fin juillet
 - ◆ A 6 mois sur une durée de 11 jours : un taux de remplissage d'environ 50% par rapport au nombre de patients pris en charge dans une journée
- Gestion, archivage par les cadres des blocs
- A partir du 1er Janvier 2010 = archivage dans le dossier d'anesthésie du patient

UNE EVALUATION QUANTITATIVE

comparatif quantitatif de la check list operatoire



UNE EVALUATION QUANTITATIVE



UNE EVALAUTION QUALITATIVE

- Des interrogations de la part de l'équipe d'IBODE : qui remplit ?, qui est coordinateur? Présence du chirurgien obligatoire au début de l'installation du patient?
- Les points les + reconnus : identité du patient, côté à opérer
- Les points les + discutés : la non utilisation de la check list de la HAS, la non intégration dans le logiciel BLOQUAL
- Des commentaires récurrents sur l'analyse qualitative des feuilles de check list : commentaires retrouvés sur 25% des check list = refus de participation soit de l'équipe de chirurgie ou d'anesthésie

LE SUIVI (3)

❖ *Les arguments avancés par les professionnels paramédicaux :*

- Encore un papier à remplir alors que les salles d'opérations sont informatisées (IBODE/IADE)
- Pourquoi ne pas prendre directement la check list HAS?
- Dans la pratique quotidienne : les IADE et les IBODE vérifient la quasi totalité des items présentés mais les éléments ne sont pas forcément partagés

Etiquette patient

CHECK - LIST OPERATOIRE BLOC POLYVALENT

Salle N°
Date d'intervention :
Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur check-list :

AVANT L'INDUCTION

PAUSE +++

Puis DIALOGUE entre IBODE, IADE, Chirurgien et Anesthésiste.

- ◆ **Identité vérifiée**
 - Nom :
 - Prénom :
 - Date de naissance :
 - Bracelet concordant :
- ◆ **Fiche de liaison vérifiée**
- ◆ **Dossier médical vérifié**
- ◆ **Dossier anesthésie vérifié**
- ◆ **Type d'intervention (A écrire)**
.....
- ◆ **Côté + tampon :**
 - Droit Gauche :
 - Sans objet :
- ◆ **MATERIEL VERIFIE**
 - Chirurgie
 - Anesthésie
- ◆ **POINTS CRITIQUES**
 - Allergie Saignement VAS
- ◆ **Imagerie vérifiée :**
 - Sans objet
 - Affichée
 - Cohérente

AVANT L'INCISION

PAUSE +++

Puis DIALOGUE entre IBODE, IADE, Chirurgien et Anesthésiste.

- Confirmation orale par l'opérateur du type d'intervention et si besoin du côté**
- ◆ **POSITION VERIFIEE**
 - ◆ **POINTS D'APPUI VERIFIES**
 - ◆ **PRESENCE GELOSES**
 - Vérifiée
 - Sans objet
 - ◆ **POINTS CRITIQUES ET/OU ELEMENTS A RISQUES**

| | oui | non |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chirurgie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anesthésie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
 - ◆ **ANTIBIOPROPHYLAXIE**

| | |
|-------------|--------------------------|
| Inutile | <input type="checkbox"/> |
| Administrée | <input type="checkbox"/> |

AVANT LA SORTIE DE SALLE

PAUSE +++

Puis DIALOGUE entre IBODE, IADE, Chirurgien et Anesthésiste.

- ◆ **COMPTAGE**
 - Compresses et champs
 - Aiguilles
 - Sans objet
- ◆ **PRELEVEMENT**
 - Sans objet
 - Etiquetage vérifié
- ◆ **CRO fait**
- ◆ **Codification faite**
- ◆ **Prescription post-op faite**
 - Douleur
 - Antibiotiques
 - Anticoagulants
 - Position post-op
- ◆ **SIGNALEMENTS**

| | oui | non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dysfonctionnements matériels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evènements Indésirables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'ENGAGEMENT DU CADRE

- ❖ Une implication du cadre du bloc polyvalent au quotidien pour :
 - Fédérer l'équipe d'IBODE autour de la checklist pour mieux comprendre son importance
 - Diminuer, dans la mesure du possible, les résistances aux changements car véritable changement culturel!
 - Être vigilant à son application sans que cela ne devienne un acte routinier

L'ENGAGEMENT DU CADRE

- ❖ Mettre en place, en cas de réponse négative à un item, une organisation qui permette un suivi des mesures instaurées :
- En cas de réalisation d'une FEI par IBODE= photocopie sur le bureau du cadre, archivage de la photocopie par le cadre, gestion et suivi par le cadre (contact GDR)

CONCLUSION

- ❖ Une check-list normalement centrée autour du patient !
- ❖ Une révolution culturelle et comportementale en marche : mais encore beaucoup de progrès à faire et d'attentions à avoir pour apprendre à coopérer et collaborer !
- ❖ Une attention à porter sur l'implication des chirurgiens, avec le risque de voir banaliser le remplissage d'un simple papier !
- ❖ Quid de la pérennité de notre feuille?

MERCI DE VOTRE ATTENTION