

Utilisation de la Check-list au bloc opératoire

Synthèse 2020



CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans le monde

0,4% à 0,8%

de mortalité en lien avec la chirurgie ⁽¹⁾



Action : Lancement d'un programme OMS (« Safe Surgery Saves Lives » : la chirurgie sûre sauve des vies) en 2009 conduisant à la création d'une check-list péri-opératoire.

(1) Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies. Alliance mondiale pour la sécurité des patients. OMS, 2008.

En France

60 000 à 95 000

accidents graves péri-opératoires

dont la moitié seraient considérés comme évitables ⁽²⁾



Action : Promotion dès 2010 par la HAS d'une check-list dérivée de la check-list OMS, fondée sur les recommandations professionnelles et adaptée au contexte français ⁽³⁾.

(2) Enquête Nationale sur les événements indésirables liés aux soins. ENEIS 2005.

(3) Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». HAS, 2018.

En Pays de la Loire

Difficultés de mise en œuvre

(vérification croisée, confirmation orale, etc.) d'après les résultats de la Certification V2014 ⁽⁴⁾



Action : Lancement d'une campagne d'évaluation ⁽⁵⁾ ciblée sur cette solution pour la sécurité des soins.

(4) Analyse des résultats de certification V2014 des établissements de santé en région Pays de la Loire. QualiREL Santé. Avril 2020.

(5) Évaluation de l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». QualiREL Santé, 2019.

Objectifs visés

- Évaluer l'implantation de la check-list au sein des établissements et de leur(s) bloc(s) opératoire(s)
- Évaluer l'utilisation de la check-list par les équipes opératoires
- Mesurer la culture de sécurité des équipes opératoires

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Audit clinique ciblé (ACC) sur l'utilisation de la CL « Sécurité du patient au bloc opératoire » (avec exclusion de tout autre check-list de sécurité promue par la HAS ⁽⁶⁾), intégrant 3 volets :

1. Audit organisationnel en établissement et bloc opératoire (implantation de la check-list),

2. Audit de pratiques par revue de dossiers,

3. Audit de pratiques par observation*.

En complément, conduite d'une enquête sur la culture de sécurité (via un serious game ⁽⁷⁾).

*Audit croisé entre établissements de santé participants (mise à disposition) d'un binôme d'auditeurs.

(6) Les autres check-lists. HAS, 2016.

(7) Premier Serious Game sur la Checklist chirurgicale O.M.S.. Anesthesia Safety Network (ASN), 2019.

Calendrier

	2019					
	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Appel à participation	15	.	30			
Réunion de lancement			3			
Recueil de données				1 ^{er}	.	.
Analyse des résultats						
Réunion de restitution						

	2020			
	Janv.	Fév.	Mars	Avr.
Appel à participation				
Réunion de lancement				
Recueil de données	.	14		
Analyse des résultats		1 ^{er}	31	
Réunion de restitution				4

Périmètre



21

blocs opératoires engagés

Loire-Atlantique (44)
Maine-et-Loire (49)
Mayenne (53)
Vendée (85)



70

auditeurs externes sollicités dans le cadre de l'audit



145

professionnels de santé ayant participé à l'enquête (serious game)

Légende des couleurs utilisées

- Conformité des pratiques : $\geq 75\%$
- Conformité des pratiques : $50\% > 74\%$
- Conformité des pratiques : $< 50\%$

Pratiques managériales

(implantation de la check-list)



80%

blocs opératoires ayant communiqué auprès des équipes dans le cadre de l'implantation de la check-list



33%

établissements communiquant annuellement auprès des instances (CME, CDU*) et des équipes autour de la check-list**

* Commission / conférence médicale d'établissement, commission des usagers

** Exemples : bilan de l'impact de la check-list sur la sécurité des soins (erreurs récupérées, accidents évités), etc.



70%

check-list informatisée



90%

check-list à jour (version 2018)



67%

check-list accessible* aux équipes

* Accès à la check-list à toutes les étapes du parcours du patient au sein du bloc opératoire.



70%

check-list réadaptée/réappropriée



38%

reformulation d'item(s)



58%

ajout d'item(s)

Revue de dossiers

97%
dossiers intégrant la check-list

70%
des items souvent cochés (> 90%)
Exemples : identité, opération et site opératoire, préparation cutanée, risques cliniques, vérification « ultime » croisée

30%
des items moins souvent cochés (< 90%)
Exemples : horaires, intervenants, prescriptions post-opératoires

43%*
décision finale (Go, No Go) tracée
* Chiffre calculé sur la base des 328 CL version 2018

57%
check-lists entièrement complétées

Observations

97%
vérification de l'identité du patient

88%
vérification des éléments de dossier nécessaires à l'intervention*
* 7% d'actes non vérifiés malgré une observation attentive.

51%
transmission autour du dossier auprès de l'équipe en salle*
* 19% d'actes non vérifiés malgré une observation attentive.

45%
désignation du coordonnateur liée à l'organisation

Légende des couleurs utilisées

- Conformité des pratiques : ≥ 75%
- Conformité des pratiques : 50% > 74%
- Conformité des pratiques : < 50%

Intervenants	Temps 1 (avant induction)				Temps 2 (avant incision)				Temps 2 (après fermeture)			
	Chir.	MAR	IADE	IBODE	Chir.	MAR	IADE	IBODE	Chir.	MAR	IADE	IBODE
Présence	26%	40%	59%	91%	89%	29%	64%	96%	63%	15%	47%	81%
Leadership	3%	9%	21%	76%	32%	4%	6%	67%	15%	1%	3%	64%
Participation	15%	29%	54%	87%	76%	25%	54%	88%	44%	10%	15%	75%
Validation	3%	6%	17%	85%	19%	3%	8%	86%	11%	0%	2%	76%

30%
des items souvent verbalisés (> 80%*)

* Exemples : identité, opération et site opératoire, risques cliniques, vérification « ultime » croisée.

60%
des items moins souvent (< 80%*) voire peu verbalisés (< 70%**)

* Exemples : mode d'installation, équipement/matériel, informations essentielles, prescriptions post-opératoires.

** Exemples : préparation cutanée, équipement/matériel, informations essentielles, antibioprophylaxie, prescriptions post-opératoires.

Verbalisation (à haute voix) difficile
lors du 3^e temps de la check-list

	Temps 1 (avant induction)		Temps 2 (avant incision)		Temps 2 (après fermeture)	
			Time out (pause)	74%		
Vérification complète	77%		Vérification complète	80%	Vérification complète	56%
Verbalisation (à voix haute)	86%		Verbalisation (à voix haute)	88%	Verbalisation (à voix haute)	55%
Traçabilité en temps réel	50%		Traçabilité en temps réel	59%	Traçabilité en temps réel	52%

Formation sur la check-list et le travail en équipe



1^{er} serious game sur la check-list chirurgicale de l'OMS⁽¹⁾ à l'initiative de l'Anesthesia Safety Network (ASN), avec pour objectifs :

- Améliorer l'implémentation de la check-list,
- Sensibiliser les joueurs soignants (IBODE, IADE, anesthésistes et chirurgiens) sur le travail en équipe, les interruptions de tâche et la communication.

⁽¹⁾ Premier Serious Game sur la Checklist chirurgicale O.M.S. Anesthesia Safety Network. 2019.



Formation par la simulation à l'utilisation de la check-list au bloc opératoire proposée par le Centre d'Apprentissage par la Simulation (CAp'Sim) du Centre Hospitalier du Mans (CHM)⁽²⁾, avec comme objectifs :

- Améliorer la qualité de l'utilisation et du remplissage de la check-list,
- Identifier les situations de NO GO,
- Développer et améliorer le travail en équipe et la communication en intégrant notamment les facteurs humains,
- Prévenir et gérer les interruptions de tâche durant la mise en œuvre de la check-list.

⁽²⁾ Formation par simulation à l'utilisation de la check-list au bloc opératoire. Centre d'Apprentissage par la Simulation (CAp'Sim). 2019.

Autres ressources utiles



Rubriques internet
La check-list
« sécurité du patient
au bloc opératoire ».

Outils d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS. Mis en ligne le 29 novembre 2018.



Vidéos
pédagogiques

HAS : La check-list sécurité du patient au bloc opératoire. HAS. 22 fév. 2016

En pratique : la check-list sécurité du patient au bloc opératoire. CHU de Rennes. 8 octobre 2019.



Guides
méthodologiques

Simulation en santé et gestion des risques. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS. Février 2019.



POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport de résultats disponible sur le site Internet de QualiREL Santé