

---

# L'observance de la check liste OMS sécurité bloc opératoire

---

**Dr Patrice Papin,**

**Chirurgien orthopédiste,  
*L'hôpital Nord Ouest-Villefranche sur Saône***

**Chef de projet à la Haute Autorité de Santé  
*Saint-Denis***

---

# La check liste sécurité au bloc opératoire de l'OMS

- est devenu en France à l'initiative
    - du Conseil National de la Chirurgie (CNC)
    - de la Haute Autorité de Santé (HAS)
  - un élément moteur dans le développement de la culture sécurité au bloc opératoire.
  - De nombreux pays ont adopté la CL, l'ont modifié ou non, adapté à leur culture et au développement de leur système de santé.
-

---

# En France

- La certification des établissements a mis en avant cette CL, pratique exigible prioritaire,
    - aux cotés de la Revue Morbidité Mortalité (RMM)
    - et de la déclaration des événements indésirables (EI).
  - Les organismes d'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles l'ont de même intégré dans leurs programmes.
-

---

# Utilisation de la CL

- Relativement généralisée
  - Connue par l'immense majorité des acteurs au bloc opératoire
  - Reconnu pour améliorer la sécurité des patients au bloc.
  - La CL permet de réagir à des non conformités, apportant des améliorations incrémentales, d'éviter des événements indésirables graves, des « Never Happens », en respectant les valeurs éthiques professionnelles.
-

---

# Affaires médiatisées

- Montrent que le chemin est encore long
  - Relance la polémique sur l'intérêt de la CL et ses conditions d'application
    - une pince opératoire oubliée,
    - un rein enlevé du mauvais coté
- ↪ *alors que la check liste est effective.*
-

---

# Rappel : Différents types de CL

- Une CL peut servir en cas d'**urgence** à ne pas oublier un point important dans une procédure
    - prise en charge qui ne peut par la force de l'urgence être interrompue.
  - Une CL peut être aussi une **vérification** que des actes nécessaires à la prise en charge ont été faits et que le travail en amont a été fait.
    - L'enjeu décider de ne pas faire, le No Go.
  - Une CL peut être aussi un **mémo** pour ne pas oublier ce qu'il va falloir faire.
-

---

# Ne pas interrompre la procédure

- Passage vers une CL mixte à mi chemin entre type vérification pouvant entraîner un No go à une CL urgence
  - Volonté de continué la procédure du fait
    - La pression administrative, du chef d'équipe ou de l'équipe elle-même
    - Temps d'occupation des salles
    - Finir à l'heure
  - Récupération chanceuse
  - Pas ou peu d'incidence sur le patient du point de vue des acteurs
-

---

# Vérification croisée

- Parfois non faite ou incomplète
    - Sur le niveau de vérification
    - Entre les acteurs
  - Résistance?
    - Au quotidien
      - à une journée opératoire, aux actions, tâches, ou actes répétitifs et à l'adaptation nécessaire aux changements inattendus,
    - à une situation imprévue
      - acte non programmé
-



---

# CL et briefing

- Briefing nécessaire avant le programme opératoire
  - Vérification croisée avant la procédure opératoire
-

---

# Responsabilité

- La mise en place de la CL s'accompagne souvent de discussion, parfois sans fin, sur les signatures, sur la responsabilité, sur la traçabilité, sur son informatisation et son analyse.
-

# Utilisation partielle et/ou à postériori

- Si la CL permet de vérifier que le décompte des instruments a été fait,
  - troisième partie de la CL remplie que dans un tiers des cas, vision optimiste,
- CL pré ou post remplies pour gagner du temps ou remplies pour satisfaire une action considérée comme une exigence administrative.
- Absence du chirurgien, de l'anesthésiste...

---

# L'illusion de la réalisation partielle

- la réalisation partielle apporte la satisfaction que quelque chose a été fait,
  - L'action pour l'action.
  - Le lien entre le but et l'action a été perdu.
-

---

# La puissance des risques

- une des causes de l'explosion de Challenger a été une méconnaissance du climat de la Floride par des ingénieurs de l'Utah et du niveau de risque par les décideurs
  - N'existe t-il pas une méconnaissance du niveau de risque au bloc opératoire par les décideurs mais aussi par les acteurs ?
-

---

# Acteurs et fréquence

- détecter un oubli d'antibiothérapie ou de matériel, erreurs fréquentes d'une puissance connue ( $10^1$  à  $10^{-3}$ ).
  - difficile d'accepter des procédures faites pour les grands nombres ( $10^{-6}$ ) alors que la pression est de baisser prioritairement les erreurs fréquentes et d'améliorer la qualité des soins au quotidien
-

---

# Les compromis

- Les acteurs du bloc opératoire ont l'habitude des compromis permettant de respecter ce qu'ils jugent essentiel, la réalisation de l'acte technique, aux dépens de « sacrifices » sécuritaires.
  - Mais peut on faire un compromis avec des notions ou faits qui n'ont jamais été mis en avant car non vécus.
  - Le risque extrême de l'erreur de coté est non perçu par des acteurs impliqués dans des tâches répétitives, acteurs habitués aux compromis dans le système complexe qu'est le bloc opératoire.
-

---

# Les objectifs ciblés par la CL

- Peuvent être regardés comme éléments secondaires par des acteurs qui jugent que l'objectif final est la réalisation de l'acte quelles qu'en soient les conditions.
  - L'impression pour les chirurgiens que l'erreur de coté est peu fréquente voire exceptionnelle comme le risque anesthésie, est en contradiction avec ce que révèle la littérature.
  - Ces erreurs dont la fréquence est de l'ordre de  $10^{-5}$  à  $10^{-4}$ , sont beaucoup plus communes que ne le pensent les chirurgiens car elles sont peu révélées.
  - **Malgré tout moins importante que les complications à  $10^{-1}$**
-



---

# Leadership

- Difficulté de mise en place d'une CL
  - Le chirurgien peut se sentir dépossédé de son rôle de chef d'équipe, ayant du mal à communiquer avec un anesthésiste, soucieux du retard occasionné par des vérifications supplémentaires.
  - En fait la CL peut renforcer leur leadership auprès des équipes du bloc opératoire, et améliorer la fluidité de la prise en charge des patients comme cela a été constaté au Canada.
-

# Comparer les expériences entre pays

- Accès aux soins, accès au bloc opératoire
  - Temps d'attente de prise en charge peuvent se compter en mois
- Les chirurgiens peuvent comparativement avoir moins d'interventions à réaliser par semaine.
  - Un chirurgien peut-il raisonnablement nier sa fatigue après une journée de 12 heures au bloc opératoire ?
    - N'est-ce pas une décision absurde, dangereuse, risquée que de prétendre pouvoir prendre en charge un patient après une journée de bloc opératoire de cette durée ?

---

# Timing

- La CL s'est mise en place juste après les premiers effets de la mise en place de la tarification à l'activité
  - les mots productivités, performances, efficacité et efficience ont été sacralisés par le management tout comme les temps d'occupation des salles opératoires.
  - Comment ne pas vivre la CL, dans certains blocs, comme une contrainte connexe de ce souci de rentabilité ?
-

---

# Performance?

- Axe qualitatif
  - Axe productiviste
-

---

# Compétence

- La CL fait partie de l'acte technique.
  - Elle fait partie des connaissances exigibles de tous les acteurs du bloc opératoire.
  - Les compétences des professionnels du bloc opératoire doivent comprendre, outre les capacités théorique et techniques habituellement évaluées,
  - L'éthique,
  - La communication et la collaboration ou travail d'équipe.
  - L'intégration de la check liste, dans un programme de gestion des risques, comme composante des compétences nécessaires aux intervenants du bloc opératoire pour être qualifiés est indispensable.
-

---

# Intérêt de l'axe médiatique

- le lynchage médiatique sur les événements exceptionnels, est mal perçu.
  - Mais le fait d'avoir récupéré une erreur de côté par la CL ou d'avoir vécu une erreur de côté donne du sens à l'utilisation de la CL.
  - Il peut-être malheureusement nécessaire de passer par l'axe médiatique pour obtenir une prise de conscience par le management, de son intérêt, indépendamment de la certification, et pour obtenir un investissement en formation.
-

---

# Conclusion

- PEUT MIEUX FAIRE
-

---

# Les avis sont partagés

- sur la montée en charge de la CL en France :
    - pour certains, ce n'est qu'une question de temps, la check-list progressant par effet « tâche d'huile », au même rythme (lent, mais inexorable) que toutes les évolutions au bloc opératoire
  - pour d'autres, c'est une question d'urgence, si on ne fait rien rapidement, la CL va devenir (est devenu) une procédure administrative supplémentaire qui va se vider de son sens.
-



---

# La HAS

- au delà de son implication pour associer les professionnels et les usagers en vue de développer la check-list du bloc opératoire,
  - utilise tous les moyens à sa disposition pour porter la CL
    - certification (Programme Exigible Prioritaire),
    - accréditation (Programme inter-spécialités),
    - communication institutionnelle.
-