

Check-list

la sécurité du patient au bloc opératoire en communication thérapeutique

Annabelle Payet Desruisseaux, IADE
Véronique Equy, Obstétricienne
et le Groupe Hypnose
Hôpital Couple-Enfant
CHU Grenoble Alpes



Check-list selon l'HAS

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____
Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
Chirurgien « intervenant » : _____
Anesthésiste « intervenant » : _____
Coordonnateur(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>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement 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*</p> <p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 La préparation cutanée de l'opéré 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"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*</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* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>8 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* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</p> <p>9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/R <input type="checkbox"/> Non* La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><small>N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention</small></p>	<p>10 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, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</i></p> <p>11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>DECISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *</p> <p>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien _____ Anesthésiste / IADE _____ Coordonnateur CL _____</p>

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE

(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIE <i>Temps de pause avant anest.</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
1 L'identité du patient est correcte :	7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IB <ul style="list-style-type: none"> • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* 	10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> N/A • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A
2 L'intervention et site opératoire sont connus <ul style="list-style-type: none"> • <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle 	8 Partage des informations essentielles, orale de l'équipe sur les éléments à risque / étapes de l'intervention (<i>Time out</i>) <ul style="list-style-type: none"> • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels et confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (<i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>) (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* 	11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux	9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R	CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN * PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Vérifier que la check-list a été renseignée suite au partage des informations entre les membres de l'équipe Anesthésiste / IADE _____ Coordonateur CL _____
4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)	La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	
5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement <ul style="list-style-type: none"> • pour la partie chirurgicale • pour la partie anesthésique (<i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>) 	N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention	
6 Vérification croisée par l'équipe de points de vigilance et mise en œuvre des mesures adéquates <p>Le patient présente-t-il un :</p> <ul style="list-style-type: none"> • risque allergique • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque • risque de saignement important 		

Check-list : la sécurité au bloc opératoire

Le Bloc opératoire,
un milieu exigeant..



Le bloc opératoire: un lieu, un personnel

- Bloc = lieu froid, austère, haute technicité
- Le personnel : anonyme, tenue de bloc uniforme, masqué
- Une équipe :
 - Multidisciplinaire
 - Sous pression
 - Exigence d'efficacité
 - Flux important de patients



Le bloc opératoire: des patients

- Actes anesthésiques et chirurgicaux
- Plusieurs interlocuteurs différents
- Le patient :
 - Anxiété, stress +++
 - Hypersuggestible
 - Transe négative
- Conscience critique ↘: analytique, réelle ↘
- Imaginaire activé : logique émotionnelle ↗
- Sidération et fixation : mots, attitudes



ACCUEIL au bloc opératoire

- Phase essentielle
- Premier contact
 - Échanges d'informations
 - Début de l'alliance thérapeutique
 - Détermine
 - le bon déroulement de la phase per et post opératoire
 - Son parcours de soins de suites et sa réhabilitation



Accueil et check-list au bloc opératoire

- Base de travail du groupe Hypnose de l'Hôpital Couple-Enfant du CHU Grenoble Alpes
 - Mettre le **patient au centre** des soins
 - **Améliorer** la **sécurité** du patient, son **bien-être** et sa réhabilitation
 - Et **respecter les exigences et contraintes** du milieu



Accueil et check-list au bloc opératoire

- Travail autour de la check-list
 - Stratégie adaptative pour mieux l'adopter
 - Un outil favorisant une communication de qualité au sein de l'équipe
 - Un outil favorisant la sécurité, le confort et le bien-être du patient



Check-list : la sécurité au bloc opératoire

La check-list en communication
thérapeutique



Quels intérêts thérapeutiques?

- Impact POSITIF sur le Patient
 - Effets anxiolytiques : bien être et confort
 - Sécurité augmentée
 - Efficacité et adhésion aux soins
 - Soins de réhabilitation, éducation thérapeutique
 - Trace mnésique +
 - Meilleure estime de soi



Quels intérêts thérapeutiques?

- Impact POSITIF sur l'équipe
 - Meilleure cohésion, coordination, communication
 - Allier « savoir-être » et « savoir-faire »
 - Ambiance plus calme et posée
 - Meilleure satisfaction
 - Check-list :
 - Meilleure observance
 - Meilleure exhaustivité



La check-list en communication thérapeutique : Comment?

- Travail d'équipe, Projet Commun
- Cohésion et coordination : 1 seul interlocuteur
- Un lieu spécifique et un temps donné
- Intégration de la check-list à l'accueil
- Sur le mode de la conversation (attention au yes set)



AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1 L'identité du patient est correcte :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :	
• idéalement 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*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4 La préparation cutanée de l'opéré 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* <input type="checkbox"/> N/A
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*
• pour la partie anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
Acte sans prise en charge anesthésique	<input type="checkbox"/> N/A
6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un :	
• risque allergique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
• risque d'inhalation, de difficulté de ventilation ou de ventilation au masque	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
• risque de saignement important	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui*

➤ Tout a été évalué d'un point de vue anesthésique, nous avons tout ce dont nous avons besoin: dossier complet, matériel...

➤ La patiente ne présente pas d'allergie

➤ La patiente présente une allergie au latex

➤ La patiente n'est pas à jeûn, nous avons donc adapté nos protocoles, et matériel...

➤ La patiente a un Mallampati à 4, nous avons le matériel adéquat

➤ La patiente a une coag à xxx, une Hb à xxx

➤ La patiente prend tel anticoagulant

➤ Au vue de la chirurgie, nous avons anticipé, prévu ...

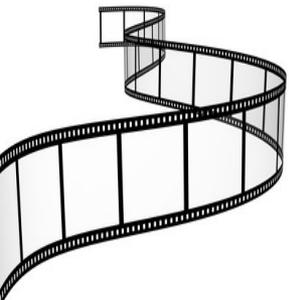
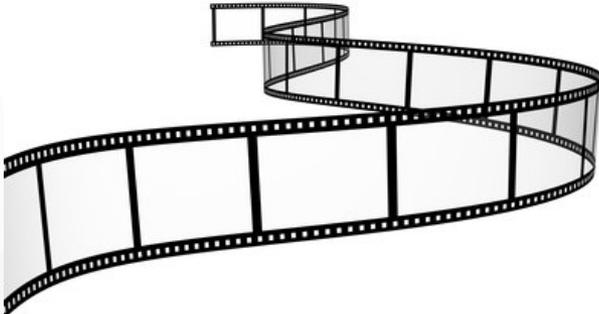
A l'Hôpital Couple-Enfant en 2016

- Patient acteur au centre de ses soins
- Check-list vécue comme un outil important
- Travail de sensibilisation du personnel
- Formation du personnel au bloc opératoire :

Fondation APICIL



**MERCI A TOUS POUR VOTRE
ATTENTION**

 **FILMS** 

MERCI au groupe Hypnose de l'Hôpital Couple-Enfant du
CHU Grenoble Alpes : Ana, Annabelle, Céline, Claire, Dominique,
Edith, Mariel, Véros... and co!

