

La Check-List de l'OMS

O. Willième
Namur
19/09/2010



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies



- L'initiative **Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies** a été instituée par l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients dans le cadre des efforts de l'Organisation mondiale de la Santé pour faire baisser le nombre des décès dans les services chirurgicaux du monde entier.

- Elle a pour but de mobiliser les volontés cliniques et politique pour résoudre des problèmes essentiels de la sécurité, comme les pratiques inadéquates de la sécurité pendant l'anesthésie, les infections nosocomiales évitables et la mauvaise communication entre les membres de l'équipe chirurgicale. Ces aspects se sont avéré des problèmes courants, mortels et évitables dans tous les pays et toutes les situations.

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Avant 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'oxymètre de pouls est-il 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'inhalation ?

- 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 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 stérilité 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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

- **Espaceinfirmier.com : 09/03/2009**
Sécurité des soins : une check-list exigible en bloc opératoire dès le 1er janvier 2010, annonce la HAS
- **Destinationsante.com : 15/01/2009**
Erreurs en chirurgie : la « check-list » de l’OMS porte ses fruits
- **Lefigaro.fr : 14/01/2009**
La «check-list» réduit d'un tiers les décès au bloc

Avant induction de l'anesthésie

- Ces vérifications de sécurité doivent être achevées avant l'induction de l'anesthésie de façon à confirmer la sécurité de l'intervention. Elles supposent la présence au minimum de l'anesthésiste et du personnel infirmier. Le coordonnateur de la liste de contrôle peut remplir cette section en une fois ou par étapes successives, en fonction des préparatifs de l'anesthésie. Le détail de chacune des vérifications est le suivant :

Avant 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'oxymètre de pouls est-il 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'inhalation ?

- 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

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site et le type d'intervention et son consentement ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle confirme oralement l'identité du patient, le type d'intervention prévue, le site de cette dernière et le consentement donné.
- Si elle peut paraître répétitive, cette étape est essentielle pour veiller à ce que l'équipe ne se trompe pas de patient, de site ou d'intervention.
- Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir une confirmation du patient, par exemple s'il s'agit d'un enfant ou d'un handicapé, un tuteur ou un membre de la famille peut assumer ce rôle. S'il n'y en a pas ou si l'on saute cette étape, par exemple en cas d'urgence, l'équipe doit comprendre pourquoi et tous ses membres doivent être d'accord avant de poursuivre.

| Avant 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 ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le site de l'intervention est-il marqué ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer que le chirurgien effectuant l'intervention a bien marqué le site de cette dernière (normalement au marqueur indélébile) dans les cas où se pose la question de la latéralité (distinction entre la droite et la gauche) ou en présence de structures ou niveaux multiples (par exemple doigt, orteil, lésion cutanée ou vertèbre).
- Le marquage des sites des structures médianes (thyroïde, par exemple) ou unique (rate, par exemple) respectera la pratique locale.
- Le marquage systématique du site dans tous les cas permet cependant un contrôle complémentaire confirmant que le site et l'intervention sont les bons.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle remplit cette nouvelle étape en demandant à l'anesthésiste s'il a procédé à la vérification de la sécurité anesthésique, qui consiste en une inspection systématique du matériel d'anesthésie, du circuit respiratoire, des produits et du risque anesthésique présenté par le patient avant chaque induction.

| Avant 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 ? <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : |
| une allergie connue ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

- En plus de la confirmation du fait que le patient peut subir l'intervention, il y a cinq éléments que l'équipe d'anesthésie doit vérifier :
 - le matériel respiratoire,
 - le système de ventilation (y compris l'oxygène et les agents d'inhalation),
 - le matériel d'aspiration,
 - les médicaments et dispositifs et, enfin,
 - les médicaments, le matériel et l'assistance d'urgence
- afin de confirmer qu'ils sont disponibles et fonctionnent bien.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle confirme qu'un oxymètre de pouls a été posé sur le patient et qu'il fonctionne correctement avant l'induction de l'anesthésie.
- L'idéal serait que l'équipe chirurgicale puisse voir les chiffres indiqués par cet appareil. Il convient d'utiliser un système d'alerte sonore pour attirer l'attention de l'équipe sur le pouls et la saturation en oxygène du patient. L'OMS a vivement recommandé l'oxymétrie de pouls, élément nécessaire d'une anesthésie sans danger.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

- S'ils ne disposent pas d'un oxymètre de pouls en bon état de marche, le chirurgien et l'anesthésiste doivent évaluer la gravité de l'état du patient et envisager de reporter l'intervention jusqu'à ce que les mesures voulues aient été prises pour s'en procurer un.
- En cas d'urgence, on peut renoncer à cette exigence s'il s'agit de sauver une vie ou un membre, mais alors l'équipe doit être d'accord sur la nécessité d'effectuer l'intervention.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il une allergie connue ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle pose cette question et les deux suivantes à l'anesthésiste. Il lui faut tout d'abord demander si le patient présente une allergie connue et, dans l'affirmative, sa nature.
- Si le coordonnateur a connaissance d'une allergie que l'anesthésiste ignore, il doit lui communiquer cette information.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il un risque d'intubation difficile ou d'inhalation ?

- Le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer oralement que l'équipe d'anesthésie a évalué objectivement si le patient présentait des difficultés au niveau des voies aériennes.
- Il existe un certain nombre de méthodes pour évaluer les voies aériennes. L'évaluation objective des voies respiratoires à l'aide d'une méthode valable importe plus que le choix de la méthode elle-même. Le décès d'un patient suite à la perte du contrôle des voies aériennes au cours de l'anesthésie reste un accident courant dans le monde mais peut être évité avec une planification appropriée.

| Avant 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 ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : |
| une allergie connue ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il un risque d'intubation difficile ou d'inhalation ?

- Si l'évaluation indique un risque élevé d'intubation difficile, l'équipe d'anesthésie doit se préparer à la possibilité d'un accident à ce niveau. Cela consistera au minimum à ajuster la méthode d'anesthésie (par exemple à utiliser une anesthésie régionale si c'est possible) ou à avoir à portée de main le matériel d'urgence nécessaire. Un assistant compétent – qu'il s'agisse d'un second anesthésiste, du chirurgien ou d'un membre de l'équipe infirmière – doit être présent pour aider à l'induction de l'anesthésie.

| Avant 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 ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : |
| une allergie connue ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il un risque d'intubation difficile ou d'inhalation ?

- Il faut également évaluer le risque d'inhalation dans le cadre de l'évaluation des voies aériennes.
- Lorsqu'on sait que le patient a des voies aériennes problématiques ou qu'il présente un risque d'inhalation, l'induction d'anesthésie ne doit commencer que lorsque l'anesthésiste confirme qu'il ou elle dispose du matériel voulu et de l'aide nécessaire au chevet du patient.

| Avant 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 ? <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : |
| une allergie connue ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il un risque de perte sanguine >500 ml (7 mg/kg en pédiatrie) ?

- À cette étape du contrôle, le coordonnateur de la liste demande à l'équipe d'anesthésie si le patient risque de perdre plus d'un demi-litre de sang au cours de l'intervention, afin de faire prendre conscience de cet événement critique et de s'y préparer.
- Une importante spoliation sanguine figure parmi les dangers les plus courants et les plus graves pour les patients en chirurgie, le risque de choc hypovolémique progressant rapidement lorsqu'elle dépasse 500 ml (7 mg/kg chez l'enfant). Une bonne préparation et des gestes de réanimation peuvent en atténuer considérablement les conséquences.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Le patient présente-t-il un risque de perte sanguine >500 ml (7 mg/kg en pédiatrie) ?

- Il arrive que les chirurgiens ne communiquent pas systématiquement le risque de perte sanguine à l'équipe d'anesthésie et au personnel infirmier. De ce fait, si l'anesthésiste ignore quel est le risque de spoliation sanguine importante, il ou elle doit donc en discuter avec le chirurgien avant le début de l'intervention.
- S'il y a un risque important de perte supérieure à 500 mg, il est vivement recommandé de poser au moins deux voies veineuses périphériques ou un cathéter veineux central avant l'incision. De plus, l'équipe doit confirmer que des liquides de remplissage vasculaire ou du sang sont disponibles pour la réanimation.

| Avant 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le site de l'intervention est-il marqué ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| Le patient présente-t-il : | |
| une allergie connue ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles |
| un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus |

Avant incision de la peau

- Avant de procéder à la première incision, l'équipe doit faire une pause momentanée afin de confirmer que plusieurs contrôles de sécurité essentiels ont bien été faits. Ces vérifications concernent tous les membres de l'équipe.

Avant 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 stérilité 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

Confirmer que tous les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)

- Les membres des équipes chirurgicales peuvent changer fréquemment. La prise en charge efficace des situations à haut risque exige que tous les membres de l'équipe se connaissent bien les uns les autres et sachent quels sont les rôles et les compétences de chacun. Une simple présentation le permet.
- Le coordonnateur demande à chaque personne de se présenter et d'indiquer sa fonction.
- Les équipes dont les membres se connaissent déjà peuvent confirmer que tout le monde a déjà été présenté, mais il faut que les nouveaux membres ou le personnel arrivés au bloc opératoire depuis la dernière intervention se présentent, y compris les étudiants et autres personnes.

| Avant incision de la peau | |
|---|---|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> | 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 ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques | |
| Pour le chirurgien : | |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : | |
| <input type="checkbox"/> | Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : | |
| <input type="checkbox"/> | La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> | Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |

Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision

- Le coordonnateur de la liste de contrôle ou un autre membre de l'équipe va demander à tous ceux qui sont présents dans la salle d'opération de s'interrompre et de confirmer oralement le nom du patient, l'acte chirurgical à accomplir, son site et, le cas échéant, le positionnement du patient afin d'éviter d'opérer le mauvais patient ou au mauvais endroit. Par exemple, l'infirmier circulant annonce :
- « *On fait les vérifications* », puis poursuit « *Tout le monde est d'accord, il s'agit bien du patient X, qui se fait opérer d'une hernie inguinale droite ?* ».
- L'anesthésiste, le chirurgien et l'infirmier(ère) circulant(e) doivent explicitement et individuellement confirmer la chose.
- Si le patient n'est pas sous sédation, il peut également confirmer les faits.

| Avant incision de la peau | |
|---|---|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> | 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 ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques | |
| Pour le chirurgien : | |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : | |
| <input type="checkbox"/> | Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : | |
| <input type="checkbox"/> | La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> | Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

- Bien que tout porte à croire qu'une prophylaxie antibiotique contre l'infection des plaies soit plus efficace si l'on parvient à obtenir des concentrations sériques et/ou tissulaires d'antibiotique et que le consensus soit général sur la question, les équipes chirurgicales n'administrent pas toujours des antibiotiques dans l'heure précédant l'incision.
- Pour réduire le risque d'infection, le coordonnateur demandera à haute voix si des antibiotiques ont été administrés à titre prophylactique au cours des 60 minutes qui ont précédé. Le membre de l'équipe responsable de cette administration – (en général l'anesthésiste) – doit le confirmer oralement.

| Avant incision de la peau |
|--|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) |
| <input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> 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 ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques |
| Pour le chirurgien : |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : |
| <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : |
| <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

- Si les antibiotiques n'ont pas été administrés, ils doivent l'être sur le champ, avant l'incision.
- S'ils ont été administrés il y a plus de 60 minutes, l'équipe doit envisager d'en réadministrer au patient.
- Si des antibiotiques prophylactiques ne sont pas considérés comme appropriés (par exemple cas dans lesquels il n'y a pas d'incision cutanée, cas contaminés pour lesquels les antibiotiques sont administrés pour le traitement), l'équipe doit le confirmer oralement.

Avant 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 stérilité 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

Pour le chirurgien : quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
Quelle sera la durée de l'intervention ?
Quelle est la perte sanguine anticipée ?

- Une discussion sur les « étapes critiques ou inhabituelles » vise au minimum à informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque de perte sanguine rapide, de traumatisme ou d'autre épisode morbide majeur.
- C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un matériel, des implants ou des préparatifs particuliers.

Avant 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 stérilité 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

Pour l'anesthésiste : le patient présente-t-il un problème particulier ?

- Chez les patients exposés à un risque majeur de perte sanguine, l'instabilité hémodynamique ou d'autres pathologies dues à l'intervention, un membre de l'équipe d'anesthésie passe en revue à voix haute les plans et les préoccupations particuliers relatifs à la réanimation – notamment l'intention de recourir à des produits sanguins et les caractéristiques ou comorbidités (cardiopathie, pneumopathie, arythmies, maladies du sang, etc.) pouvant entraîner des complications.
- Il est bien entendu que de nombreuses interventions n'entraînent aucun risque ni préoccupation critiques particuliers devant être connus de l'équipe. En pareil cas, l'anesthésiste peut se contenter de dire : « *Je n'ai pas d'inquiétude particulière pour ce cas* ».

| Avant incision de la peau | |
|---|---|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> | 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 ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques | |
| Pour le chirurgien : | |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : | |
| <input type="checkbox"/> | Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : | |
| <input type="checkbox"/> | La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> | Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |

Pour l'équipe infirmière : la stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?

- L'infirmier(ère) instrumentiste ou le technicien qui met en place le plateau pour le cas doit confirmer oralement que la stérilisation a été faite et que, pour les instruments stérilisés à la chaleur, le succès en a été vérifié avec un indicateur de stérilité.
- Tout écart entre le résultat attendu et le résultat de l'indicateur doit être signalé à tous les membres de l'équipe qui y remédieront avant d'inciser.

| Avant incision de la peau |
|--|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) |
| <input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> 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 ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques |
| Pour le chirurgien : |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : |
| <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : |
| <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |

Pour l'équipe infirmière : Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

- C'est également l'occasion de discuter des problèmes que peut avoir l'infirmier(ère) circulant(e) ou l'instrumentiste avec le matériel, d'autres préparatifs en vue de l'intervention ou la sécurité, notamment ceux qui ne sont pas couverts par le chirurgien et l'équipe d'anesthésie.
- S'il n'y a pas de problème particulier, l'infirmier(ère) instrumentiste ou le technicien peuvent se contenter de dire : « *Stérilité vérifiée, aucun problème particulier* ».

| Avant l'incision de la peau |
|--|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) |
| <input type="checkbox"/> Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> 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 ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques |
| Pour le chirurgien : |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : |
| <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : |
| <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? |
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Sans objet |

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

- Ces documents sont indispensables pour veiller à la bonne préparation et la bonne conduite de nombreuses interventions, notamment orthopédiques, rachidiennes et thoraciques, ainsi que de nombreuses résections tumorales.
- Avant d'inciser la peau, le coordonnateur doit demander au chirurgien si des documents d'imagerie sont nécessaires pour le cas. Dans l'affirmative, le coordonnateur confirmera oralement que les documents essentiels nécessaires au cours de l'intervention sont bien affichés en salle.
- Si les documents d'imagerie sont nécessaires mais non disponibles, il convient de les obtenir. Le chirurgien décidera s'il va poursuivre ou non sans ces documents s'ils sont nécessaires mais pas disponibles.

| Avant incision de la peau | |
|---|---|
| (avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien) | |
| <input type="checkbox"/> | Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s) |
| <input type="checkbox"/> | 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 ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |
| Anticipation d'événements critiques | |
| Pour le chirurgien : | |
| <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 ? |
| Pour l'anesthésiste : | |
| <input type="checkbox"/> | Le patient présente-t-il un problème particulier ? |
| Pour l'équipe infirmière : | |
| <input type="checkbox"/> | La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? |
| <input type="checkbox"/> | Y a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? |
| Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? | |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sans objet |

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

- Les vérifications finales doivent être effectuées avant de sortir le patient du bloc opératoire. L'objectif est de faciliter la transmission des informations importantes aux équipes de soins qui seront chargées de s'occuper du patient après l'intervention.
- Ces vérifications peuvent être faites à l'initiative de l'infirmier(ère) circulant(e), du chirurgien ou de l'anesthésiste et doivent être effectuées avant que le chirurgien n'ait quitté la salle. Elles peuvent se dérouler par exemple pendant la suture de la plaie.

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

L'infirmier(ère) confirme oralement : Le type d'intervention

- Comme l'intervention peut avoir été modifiée ou étendue en cours d'opération, le coordonnateur de la liste de contrôle doit confirmer avec le chirurgien et l'équipe la nature exacte de celle-ci. Cela peut prendre la forme d'une question :
- « *Quelle intervention a été effectuée* », ou d'une confirmation « *Nous avons procédé à l'intervention X, exact ?* ».

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

L'infirmier(ère) confirme oralement : Le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles

- Il est rare d'oublier des instruments, des compresses ou des aiguilles dans le corps d'un patient, mais ce sont toutefois des erreurs qui arrivent et qui peuvent avoir des conséquences désastreuses.
- L'infirmier(ère) instrumentiste ou circulant(e) doit donc confirmer verbalement le décompte final des compresses et aiguilles. En cas de cavité ouverte, il faut également confirmer le décompte des instruments. S'il n'est pas conforme à ce qu'il devrait être, l'équipe doit alors être alertée de façon à prendre les mesures voulues (examiner les champs opératoires, les poubelles, la plaie ou, le cas échéant, pratiquer des radiographies).

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

L'infirmier(ère) confirme oralement : L'étiquetage des prélèvements (lecture à voix haute des étiquettes, y compris le nom du malade)

- Les erreurs d'étiquetage des prélèvements pathologiques peuvent être désastreuses pour un patient et l'on a montré qu'elles constituaient une source fréquente d'erreurs de laboratoire.
- L'infirmier(ère) circulant(e) doit confirmer le bon étiquetage de tout spécimen pathologique prélevé pendant l'intervention en lisant à voix haute le nom du patient, la description du prélèvement et toute caractéristique complémentaire.

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

L'infirmier(ère) confirme oralement : S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

- Les problèmes de ce type en salle d'opération sont universels. Il est important de déterminer précisément l'origine des pannes, ainsi que les instruments et le matériel qui n'ont pas fonctionné correctement, pour éviter qu'ils ne soient réutilisés au bloc avant que le problème n'ait été résolu.
- Le coordonnateur doit veiller à ce que tout problème lié au matériel survenant pendant une intervention soit noté par l'équipe.

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère) : quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge du patient ?

- Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère) doivent examiner le plan de réveil et de prise en charge postopératoire, en s'attachant plus particulièrement aux problèmes survenus pendant l'intervention ou l'anesthésie qui pourraient se répercuter sur le patient.
- Les événements qui présentent un risque particulier pour le patient au cours du réveil et qui ne sautent pas forcément aux yeux du personnel impliqué sont particulièrement importants à cet égard. À ce stade, l'objectif est de transmettre de manière efficace et appropriée toutes les informations essentielles à l'ensemble de l'équipe.

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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale s'achève sur cette dernière étape. Si on le souhaite, elle peut être jointe au dossier du patient ou conservée pour un examen d'assurance qualité.

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Avant 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'oxymètre de pouls est-il 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'inhalation ?

- 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 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 stérilité 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 décompte 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 réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Promouvoir une culture de la sécurité

Modification de la liste de contrôle

La liste de contrôle peut être modifiée pour prendre en compte les différences entre établissements relatives aux procédures, aux habitudes des salles d'opération et à la mesure dans laquelle les membres de l'équipe se connaissent. Il faut toutefois vivement dissuader les équipes de supprimer certaines étapes du fait qu'elles ne peuvent être accomplies dans l'environnement ou le contexte existant. Ces étapes doivent inspirer un changement effectif qui amènera l'équipe chirurgicale à se conformer à chaque élément de la liste de contrôle.

La modification de la liste de contrôle doit être effectuée avec un œil critique. Les chirurgiens, anesthésistes et infirmiers doivent participer au processus, et la liste de contrôle qui en résulte être testée en simulation ou en situation réelle de façon à s'assurer qu'elle fonctionne bien. De plus, bon nombre des principes appliqués dans l'élaboration de la liste de contrôle peuvent également l'être lors de sa modification, qui doit être :

- Bien ciblée** La liste de contrôle doit s'efforcer d'être concise, de traiter des questions les plus critiques et qui ne sont pas suffisamment vérifiées par les autres mécanismes de sécurité. Cinq à neuf rubriques dans chaque section de la liste constituent l'idéal.
- Brève** Il ne doit pas falloir plus d'une minute pour remplir chaque section de la liste de contrôle. C'est peut-être tentant d'essayer de créer une liste plus exhaustive, mais la nécessité d'intégrer la liste dans le flux des soins doit venir contrebalancer cette tendance.
- Applicable** Chaque élément de la liste de contrôle doit être relié à une tâche particulière, sans ambiguïté. Les éléments qui ne sont pas directement associés à une tâche entraîneront une certaine confusion parmi les membres de l'équipe concernant ce qu'on attend d'eux.

Verbale

La fonction de la liste de contrôle est de favoriser et d'orienter une interaction orale entre les membres de l'équipe. Verbaliser cette liste de contrôle est essentiel pour son succès- elle sera probablement beaucoup moins efficace si elle n'est utilisée que comme instrument écrit.

Concertée

Tout effort visant à modifier la liste de contrôle doit être effectué en collaboration avec les représentants des groupes susceptibles de l'utiliser. Il est important de rechercher activement la participation des infirmiers, anesthésistes, chirurgiens et autres intervenants non seulement pour qu'ils aident à apporter les modifications nécessaires, mais aussi pour créer un sentiment d'« appropriation » essentiel pour son adoption et la modification définitive des pratiques.

Testée

Avant toute présentation d'une liste de contrôle modifiée, il convient de la tester dans un cadre limité. L'information en retour donnée en temps réel par les cliniciens est indispensable pour élaborer avec succès une liste de contrôle et l'intégrer dans le processus des soins. L'essayer au moyen d'une « simulation » aussi simple que le fait de la passer en revue en étant assis autour d'une table avec les membres de l'équipe est important. Nous suggérons également de faire utiliser la liste de contrôle pendant une journée par une seule équipe opératoire et de recueillir ensuite le retour d'information. Modifier la liste de contrôle ou la façon dont elle est intégrée dans les soins en conséquence, puis réessayer la liste dans une seule salle d'opération. Continuer ainsi jusqu'à être suffisamment sûr que la liste de contrôle ainsi créée fonctionne dans votre environnement. Puis envisager un programme de mise en oeuvre élargi.

Introduction de la liste de contrôle dans la salle d'opération

Il faudra aux équipes de la pratique pour apprendre à se servir efficacement de la liste de contrôle. Certaines personnes la considéreront comme une sanction, voire comme une perte de temps. L'objectif n'est pas de réciter comme un perroquet ni d'entraver le travail. La liste de contrôle vise à donner aux équipes une série simple et efficace de vérifications prioritaires à faire pour améliorer le travail et la communication et pour les encourager à être attentives à la sécurité des patients lors de chaque intervention. Bon nombre des étapes figurant sur cette liste sont déjà suivies dans les salles d'opération du monde entier ; peu d'entre elles les appliquent toutes de manière fiable. La liste de contrôle a deux objectifs : assurer l'uniformité de la sécurité des patients et introduire (ou maintenir) une culture qui la valorise.

Pour mettre en oeuvre avec succès la liste de contrôle, il faut l'adapter aux habitudes et attentes locales. Cela ne sera pas possible sans un engagement sincère des directeurs d'hôpitaux. Pour que cette liste de contrôle parvienne à s'imposer, les services de chirurgie, d'anesthésie et de soins infirmiers doivent publiquement adhérer à l'idée que la sécurité est une priorité et que le fait d'appliquer la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS peut en faire une réalité. Pour en faire la preuve, ils doivent se servir de la liste de contrôle dans leurs propres départements et demander régulièrement aux autres où en est la mise en oeuvre. S'il n'y a pas de véritable direction, l'institution d'une liste de contrôle de cette nature peut susciter mécontentement et hostilité.

Les travaux antérieurs visant à améliorer la qualité ont fourni un certain nombre de modèles concernant la façon de mettre en oeuvre une telle liste de contrôle dans la salle d'opération. L'expérience de l'étude pilote a confirmé l'utilité de beaucoup de ces stratégies. Un certain nombre d'étapes suggérées sont indiquées cidessous pour examen lorsque les établissements commencent à mettre en oeuvre cette liste de contrôle.

Constituer une équipe

L'engagement de tous les membres de l'équipe clinique impliqués dans l'intervention chirurgicale est indispensable. Commencer à mettre en place un soutien en y faisant participer les cliniciens qui sont susceptibles d'être les plus coopératifs. Y inclure des collaborateurs appartenant au plus grand nombre possible de disciplines cliniques (chirurgie, anesthésie, soins infirmiers). Choisir un groupe central de personnes enthousiasmées par la liste de contrôle tout en essayant d'y faire participer au moins un membre de chacune des disciplines cliniques. À ce stade précoce, travailler avec

Commencer petit, puis étendre

les personnes intéressées plutôt que d'essayer de convaincre les plus résistantes. Impliquer également les directeurs et administrateurs des hôpitaux dans la mesure du possible. Souligner les avantages que présente la baisse des taux de complications et les économies potentielles réalisables au niveau des coûts.

Commencer petit en testant la liste de contrôle dans une salle d'opération avec une équipe et en poursuivant après que les problèmes ont été résolus et que l'intérêt pour la liste grandit. Au cours de l'évaluation effectuée à l'origine par l'OMS, les sites qui ont essayé de mettre en oeuvre la liste de contrôle dans plusieurs salles d'opération en même temps ou dans tout l'hôpital ont rencontré le plus de résistance et ont le plus de difficultés à convaincre le personnel de l'utiliser efficacement. Une fois que l'équipe utilise abîmement la liste de contrôle, la communiquer à une autre salle d'opération. Évoquer ces efforts avec les différents départements de chirurgie et chirurgiens. S'assurer que les membres de l'équipe impliqués à l'origine dans le processus appliquent la liste de contrôle dans leurs propres salles d'opération. Adapter la liste de contrôle à chaque endroit selon les besoins, mais ne pas supprimer des étapes de sécurité juste parce qu'elles ne peuvent être accomplies. Faire face à la résistance au fur et à mesure qu'elle apparaît. Les cliniciens qui ont utilisé la liste de contrôle et qui ont une bonne expérience de celle-ci sont les mieux placés pour la promouvoir, défendre son utilisation et l'étendre dans l'hôpital.

Suivre les modifications et les améliorations

Les lignes directrices de l'OMS relatives à la sécurité chirurgicale encouragent le suivi des résultats et des complications des actes chirurgicaux. L'idéal serait que les hôpitaux et les établissements suivent le processus et en mesurent les résultats, par exemple en déterminant le pourcentage d'interventions au cours desquelles des antibiotiques ont été administrés au bon moment et le taux d'infection des sites chirurgicaux.