Hôpitaux Universitaires Genève

Mieux checker pour plus de sécurité au bloc opératoire : Oui, mais comment faire ?

Semaine qualité des HUG
4 - 7 décembre 2018

Programme

13h30 - 14h00	Introduction générale à la check-list
14h00 - 15h20	Simulations de la conduite de la check-list : à vous de jouer
15h20 - 15h35	**Pause**
15h35 - 15h45	“Check Voice” : gadget ou solution utile ?
15h45 - 16h30	Table ronde et conclusion

Objectifs

- Connaître les risques d’erreur de côté / d’identité de patients / d’erreur de procédures
- Comprendre le rôle des check-listes
- Connaître les avantages/limites des check-listes

Risque d'erreur de côté / procédure

Une femme amputéedu mauvais sein à Lyon - Windows Internet Explorer

http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/02/24/01016-20090224ARTFIG00474-une-femme-amputee-du-mauvais-sein-a-lyon-.php

LE FIGARO·fr | ACTUALITÉ | ECONOMIE | SPORT | CULTURE | LIFESTYLE | MADAME | Edition ABONNÉS

Une femme amputée du mauvais sein à Lyon

SOCIÉTÉ Par Flore Galaud (lefigaro.fr) | Mis à jour le 25/02/2009 à 11:07 | Publié le 24/02/2009 à 11:06

L'AUTEUR
SUR LE MÊME SUJET
RÉAGIR (108)
PARTAGER
IMPRIMER

Une patiente de 64 ans, hospitalisée au centre anti-cancéreux Léon-Bérard pour une tumeur au sein gauche, a été victime d'une erreur d'inattention de la part de ses médecins.

Terrible erreur médicale au Centre Léon-Bérard de Lyon, spécialisé dans le traitement des cancers. Une patiente de 64 ans, hospitalisée la semaine dernière pour une tumeur au sein gauche, a finalement été amputée des deux seins suite à une erreur d'inattention de la part de l'équipe médicale.

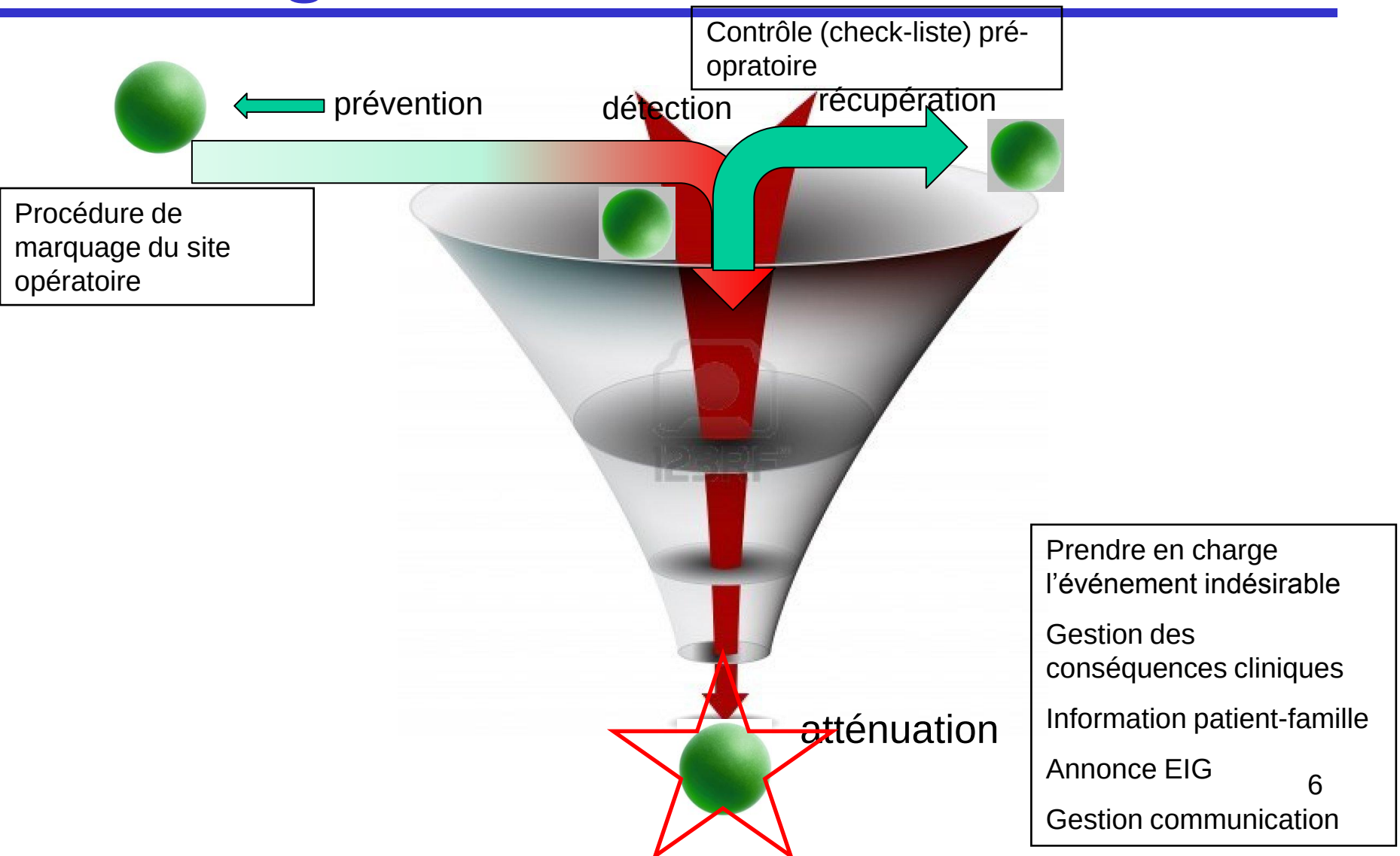
PUBLICITÉ

Risque d’erreur de côté / procédure

- Fréquence: « rare » (sous-estimation certaine)
- Gravité importante, catastrophique:
  - Pour le patient
  - Pour les professionnels / l’institution concernés sur le plan civil, pénal, disciplinaire
- Taux global (all errors) varie entre 0.09 et 4.5 pour 10'000 interventions
- erreurs de site opératoire
  - 1 sur 27'700 en chirurgie de la main,
  - 1 sur 3'110 en neurologie,
  - 1 sur 2'222 en neurochirurgie lombaire

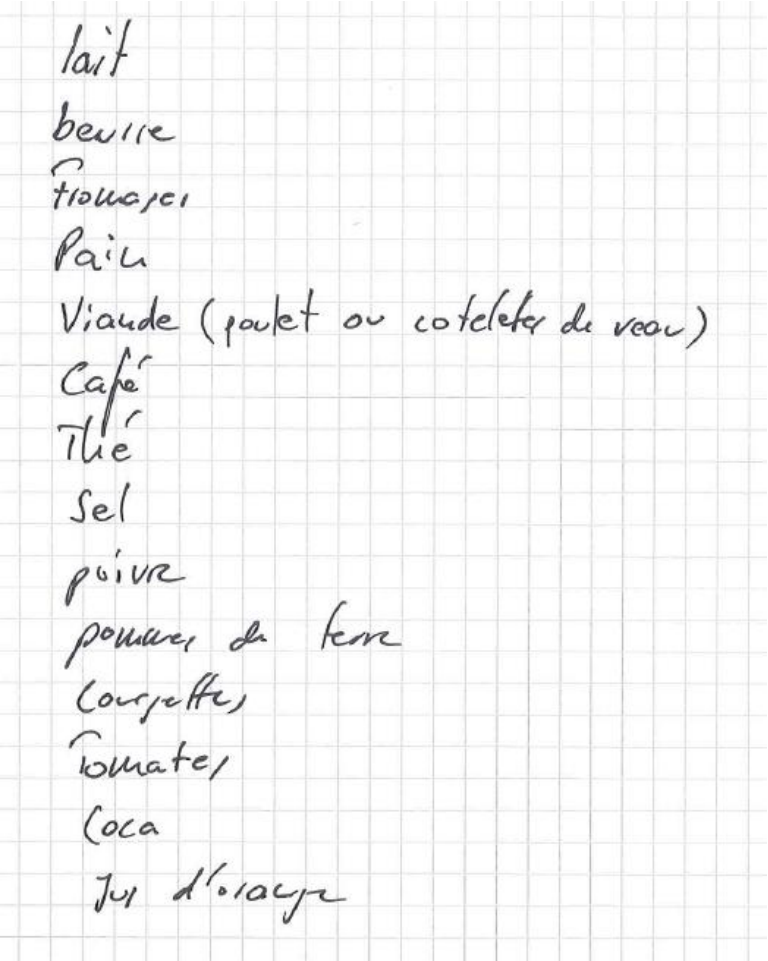
- Wrong-site nerve blocks: 0.52 to 5.07 pour 10,000 blocks

Gestion de l'erreur de côté: l'analogie de l'entonnoir



Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

outil de gestion de risques: apport positif



- omission lors de l'exécution d'une tâche
  - non guidée 5%
  - guidée par une check-list (> 10 instructions) 0.3%
  - guidée par une check-list (<= 10 instructions) 0.1%

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

outil de gestion de risques: apport positif

~~lait~~
~~beurre~~
fromages
Pain
Viande (poulet ou cotelettes de veau)
Café
Thé
Sel
poivre
pommes de terre
Courgettes
Tomates
Coca
Jus d'orange

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné Libération 28.08.2012

La médecine malade du principe de précaution

Par le professeur
MICHAËL PEYROMAURE
Service d'urologie
hôpital Cochin,
Paris

Il fut un temps où les médecins exerçaient librement. Ils étaient responsables de leurs actes, et leurs liens avec les malades étaient directs. Entre un médecin et son patient, rien ni personne ne pouvait s'interposer. Qu'en est-il aujourd'hui ?

La médecine de proximité disparaît peu à peu, et les hôpitaux se muent en forteresses. Et surtout, nous assistons à un étrange phénomène : les médecins ne veulent plus s'exposer, ils n'osent plus prendre de risques. Et pour cause, ils sont incités dès leurs études à agir non pas selon leurs convictions ou leur savoir, mais selon les «normes» en vigueur. Au nom du sacro-saint principe de précaution, toute initiative personnelle un tant soit peu audacieuse est réprimée. Seules les procédures collectives et standardisées sont approuvées. Voici venu le temps du collectivisme médical.

Un exemple frappant est celui des «réunions de concertation pluridisciplinaire», où sont présents médecins, oncologues et radiothérapeutes du même centre. Les dossiers des patients atteints de cancer doivent y être discutés afin que chaque décision soit prise de manière «collégiale».

De telles réunions ont toujours existé, mais sous un mode facultatif. Si un membre de l'équipe souhaitait demander conseil à autrui pour un cas compliqué, il avait la possibilité de le faire. Dorénavant, cette démarche est obligatoire. Et elle concerne tous les cas de cancer, y compris les plus simples, pour lesquels la solution est pourtant évidente. Le but affiché est de réduire les marges d'erreurs. Objectif louable, mais impossible à atteindre : peut-on arbitrer le sort d'une personne que l'on n'a jamais vue ? Au final, les erreurs ne sont plus individuelles, elles deviennent collectives.

Et surtout, la responsabilité du médecin est diluée, car il n'est plus qu'un intermédiaire : il ne se prononce plus sans avoir consulté la communauté.

Dans le même esprit, les équipes médicales sont tenues d'organiser des «revues de morbi-mortalité». Ces réunions consistent à examiner rétrospectivement un événement indésirable survenu dans le service. L'histoire du patient est rapportée, les failles sont relevées puis des améliorations proposées pour l'avenir.

Mais il faut éviter toute connotation individuelle. Aucun nom ne doit être prononcé, car c'est toute l'équipe qui est impliquée, et les torts sont partagés. Une séance d'autocritique collective, où l'on va dénicher des erreurs sans désigner leurs auteurs ni prendre de sanctions. Un jeu de dupes qui noie les responsabilités dans la masse. On en viendrait à regretter le temps où le patron fustigeait sans détours celui ou celle qui avait commis une faute. Les jugements étaient certes plus arbitraires, mais on savait au moins qui faisait quoi.

Un dernier exemple : la «check-list». Il s'agit d'un formulaire à remplir au bloc opératoire avant chaque intervention. Il comprend quelques données concernant l'identité du futur opéré, sa pathologie et le matériel utilisé. Ces informations ont bien sûr été relevées maintes fois en amont, mais un contrôle de dernière minute est imposé en salle d'opération. Une vérification qui était jusqu'à présent faite oralement par la panseuse. Désormais, il faut cocher des cases sur une liste pré-imprimée afin d'avoir une «trace écrite», une énième feuille de papier qui encombrera le dossier du malade et qui ne sera jamais lue.

Le respect des procédures se substitue au savoir-faire individuel, et les hôpitaux se transforment en usines sans âme.

Et surtout, la présence conjointe du chirurgien, de l'anesthésiste et des infirmières est devenue obligatoire. Que l'on vérifie certaines informations avant de démarrer l'intervention est tout à fait normal, mais pourquoi en faire un rituel collectif ? Toujours sous prétexte de limiter les erreurs, l'objectif réel est de mutualiser les rôles pour que rien ne soit laissé à l'appréciation d'une seule personne. Avec, en toile de fond, la volonté permanente d'uniformiser les pratiques.

La médecine perd de sa superbe. Les nouveaux médecins sont d'excellents techniciens, mais ils ne font qu'appliquer des recommandations collectives. Le respect des procédures se substitue au savoir-faire individuel, et les hôpitaux se transforment en usines sans âme. Mais, au fait, qui sont les penseurs de ce collectivisme forcé ?

Aussi surprenant que cela puisse paraître, ces mesures absurdes et dégradantes sont en partie conçues par le corps médical. Ou, plutôt, par quelques médecins reconvertis qui délaissent leur pratique clinique pour se ranger derrière un bureau. Alors qu'ils ne sont pas sur le terrain et ne savent plus s'occuper des malades, ce sont pourtant eux qui mettent au point les règles. Des règles déconnectées des vrais problèmes, qui sont ensuite imposées par nos tutelles et qui finissent par être appliquées sans discernement par la masse.

Ces technocrates de la médecine ont le vent en poupe. Ils se présentent comme les pourfendeurs de l'aléa thérapeutique et les garants de la sécurité. Mais si l'on y réfléchit bien, le système qu'ils mettent en place est dangereux.

D'abord, parce que les médecins risquent de se lasser. Privés de vraies responsabilités, ils vont s'éloigner des malades, et la qualité des soins déclinera. Ensuite, parce qu'à ce rythme il n'y aura bientôt plus de progrès médical possible.

Le progrès a besoin d'initiatives individuelles et de risques calculés ; il ne peut pas se contenter de normes. Il faut donc espérer que la bureaucratie autoritaire et stérile qui triomphe aujourd'hui vole bientôt en éclats.

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

La médecine malade du principe de précaution

Par le professeur
MICHAËL PEYROMAURE
Service d'urologie
hôpital Cochin,
Paris

Un dernier exemple : la «check-list». Il s'agit d'un formulaire à remplir au bloc opératoire avant chaque intervention. Il comprend quelques données concernant l'identité du futur opéré, sa pathologie et le matériel utilisé. Ces informations ont bien sûr été relevées maintes fois en amont, mais un contrôle de dernière minute est imposé en salle d'opération. Une vérification qui était jusqu'à présent faite oralement par la panseuse. Désormais, il faut cocher des cases sur une liste pré-imprimée afin d'avoir une «trace écrite», une énième feuille de papier qui encombrera le dossier du malade et qui ne sera jamais lue. Et surtout, la présence conjointe du chirurgien, de l'anesthésiste et des infirmières est devenue obligatoire. Que l'on vérifie certaines informations avant de démarrer l'intervention est tout à fait normal, mais pourquoi en faire un rituel collectif? Toujours sous prétexte de limiter les erreurs, l'objectif réel est de mutualiser les rôles pour que rien ne soit laissé à l'appréciation d'une seule personne. Avec, en toile de fond, la volonté permanente d'uniformiser les pratiques. La médecine perd de sa superbe.

Libération 28 08 2012

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

La médecine malade du principe de précaution

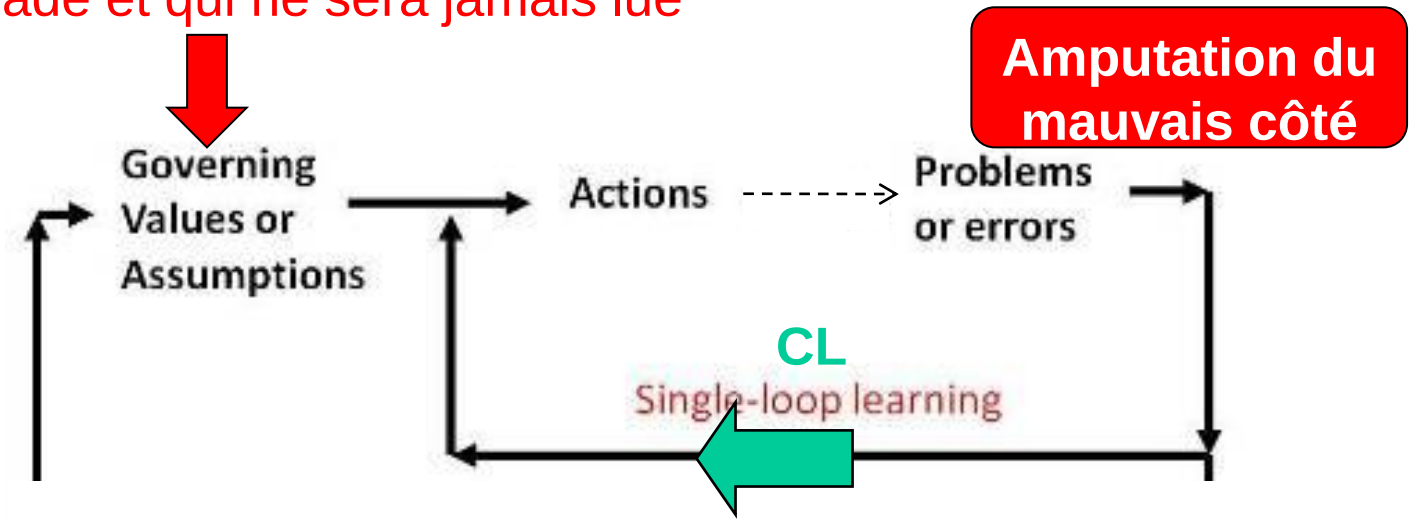
Par le professeur
MICHAËL PEYROMAURE
Service d'urologie
hôpital Cochin,
Paris

Un dernier exemple : la «check-list». Il s'agit d'un formulaire à remplir au bloc opératoire avant chaque intervention. Il comprend quelques données concernant l'identité du futur opéré, sa pathologie et le matériel utilisé. Ces informations ont bien sûr été relevées maintes fois en amont, mais un contrôle de dernière minute est imposé en salle d'opération. Une vérification qui était jusqu'à présent faite oralement par la panseuse. Désormais, il faut cocher des cases sur une liste pré-imprimée afin d'avoir une «trace écrite», une énième feuille de papier qui encombrera le dossier du malade et qui ne sera jamais lue. Et surtout, la présence conjointe du chirurgien, de l'anesthésiste et des infirmières est devenue obligatoire. Que l'on vérifie certaines informations avant de démarrer l'intervention est tout à fait normal, mais pourquoi en faire un rituel collectif? Toujours sous prétexte de limiter les erreurs, l'objectif réel est de mutualiser les rôles pour que rien ne soit laissé à l'appréciation d'une seule personne. Avec, en toile de fond, la volonté permanente d'uniformiser les pratiques. La médecine perd de sa superbe.

Libération 28 08 2012

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

Désormais, il faut cocher des cases sur une liste pré-imprimée afin d'avoir une «trace écrite», une énième feuille de papier qui encombrera le dossier du malade et qui ne sera jamais lue

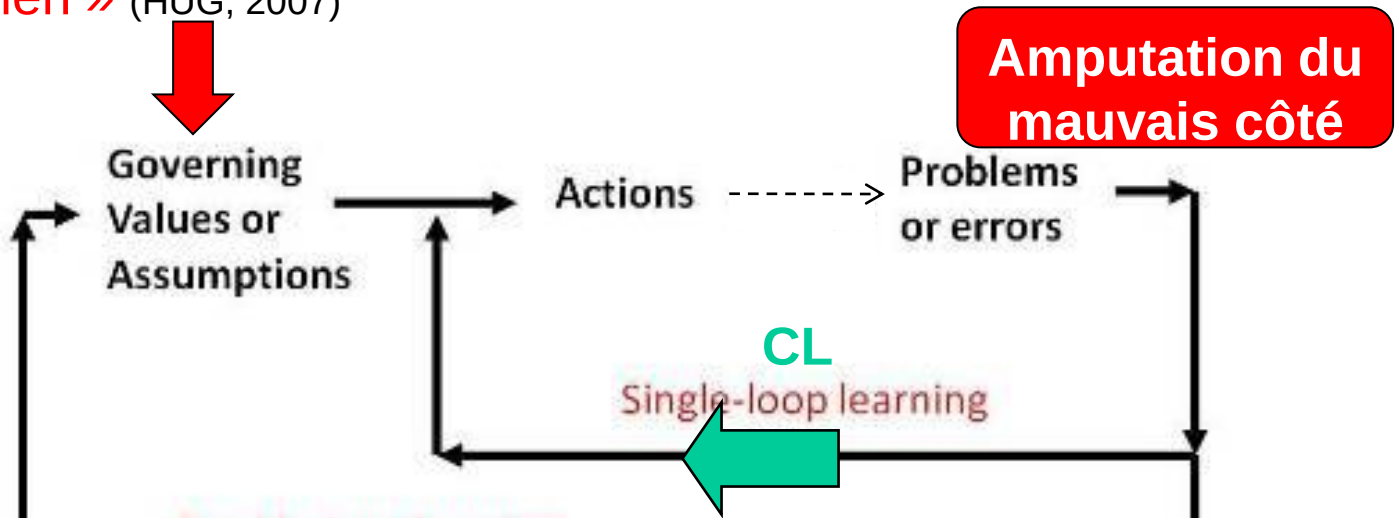


C. Argyris & D. Schon. 1978. Organizational Learning: a Theory of Action Perspective

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

Un anesthésiste, à propos du team time out:

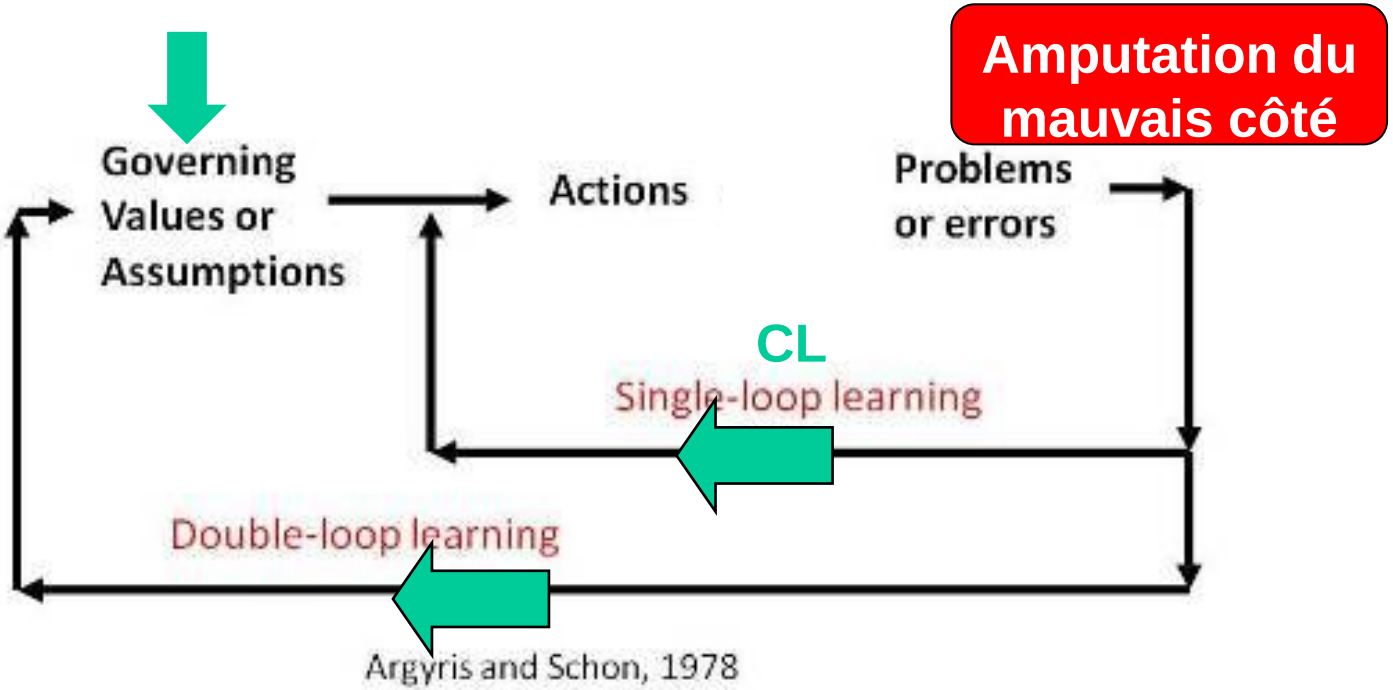
« Pourquoi serais-je associé à une erreur du chirurgien » (HUG, 2007)



C. Argyris & D. Schon. 1978. Organizational Learning: a Theory of Action Perspective

Apport d'une check-list: dépend du sens qui lui est donné

Sens du team time out = être associé à la détection d'un problème avant qu'il ne soit irréversible



C. Argyris & D. Schon. 1978. Organizational Learning: a Theory of Action Perspective

The "never events" list 2012/13 au NHS

SURGICAL

1. **Wrong site surgery**
2. **Wrong implant/prosthesis**
3. **Retained foreign object post-operation**

MEDICATION EVENTS

4. Wrongly prepared high-risk injectable medication
5. Maladministration of potassium-containing solutions
6. Wrong route administration of chemotherapy
7. Wrong route administration of oral/enteral treatment
8. Intravenous administration of epidural medication
9. Maladministration of Insulin
10. Overdose of midazolam during conscious sedation
11. Opioid overdose of an opioid-naïve patient
12. Inappropriate administration of daily oral methotrexate

MENTAL HEALTH

13. Suicide using non-collapsible rails
14. Escape of a transferred prisoner

GENERAL HEALTHCARE

15. Falls from unrestricted windows
16. Entrapment in bedrails
17. Transfusion of ABO-incompatible blood components
18. Transplantation of ABO incompatible organs as a result of error

The "never events" list 2012/13 au NHS

SURGICAL

1. Wrong site surgery
2. Wrong implant/prosthesis
3. Retained foreign object post-operation

MEDICATION EVENTS

4. Wrongly prepared hi
5. Maladministr
6. Wron
7.
8.
9.
10. c
11. Op
12. Ina methotrexate

MENTAL HEALT

13. Suicide collapsible rails
14. Escape transferred prisoner

GENERAL

15. ows

le blood

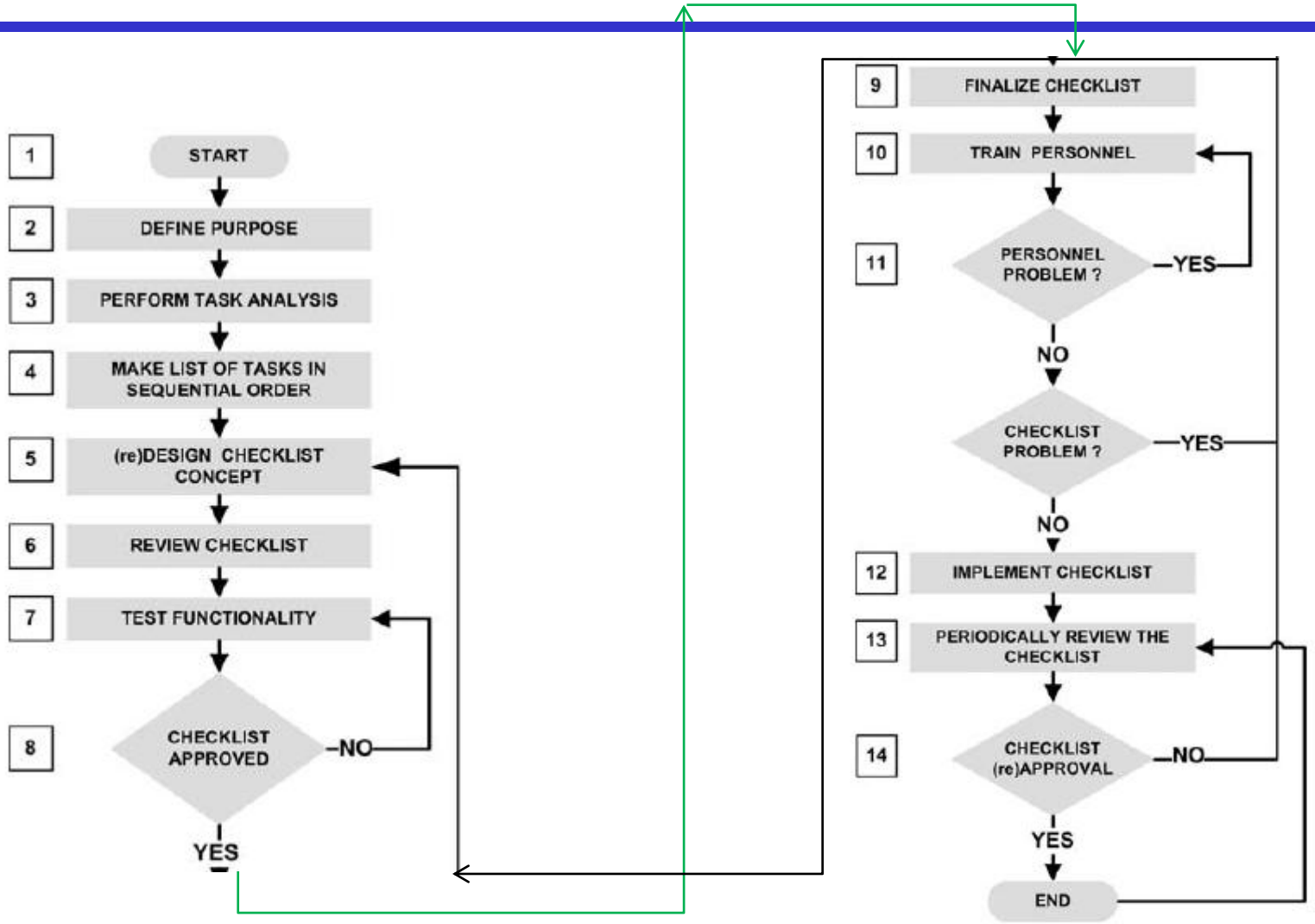
ible

The extended list includes avoidable incidents with serious adverse consequences for patients. No one wants these to happen, therefore we should not have to pay hospitals when these events occur," said the NHS medical director Bruce Keogh. "This will send a strong signal to leaders of the organisation to learn from their mistakes so they don't happen again." *BMJ 2011;342:d1263*

Mise en œuvre d'une CL

- Nécessite un travail de
  - Conception de la CL
  - Formation des équipes
  - De mise à jour

Conception d'une CL



Verdaasdonk Surg Endosc (2009) 23:715–726

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

Adaptation des CL

✓ Check-list bloc opératoire

Date :

Dito

Avant l'induction anesthésique SIGN IN*

Documents
- Dossiers cliniques et paracliniques disponibles en salle ❒ Oui ❒ Non

Identité
- Patient confirme son nom ❒ Oui ❒ Non
- Concordance bracelet d'ID ❒ Oui ❒ Non
- Concordance dossier ❒ Oui ❒ Non
- Patient confirme le site ❒ Oui ❒ Non

Site marque ❒ Oui ❒ Non ❒ N/A

Présence de risques
- Allergie ❒ Oui ❒ Non
- Broncho-aspiration (estomac plein, jeûne, patho gastro-oeso) ❒ Oui ❒ Non
- Voies aériennes ❒ Oui ❒ Non
- Saignement anticipé (>500 ml, 10 ml/kg en péd.) ❒ Oui ❒ Non
- Contamination (MRSA, TBC, hépatite, HIV,…) ❒ Oui ❒ Non

Mode d'installation connu ❒ Oui ❒ Non

Matériel particulier vérifié
- Pour l'anesthésie ❒ Oui ❒ Non
- Pour la chirurgie* ❒ Oui ❒ Non

Fait par un :	Initiales Diogène + signature
Membre de l'équipe d'anesthésie	*Isochirurgie

Avant incision / champage TIME OUT*

Identité
- ❒ connue des intervenants

Confirmation par le trinôme (anesthésiste/opérateur/instrumentiste) :
- ❒ Identité patient
- ❒ Site opératoire
- ❒ Intervention
- ❒ Installation opératoire
- ❒ Matériel
- ❒ Etapes critiques
- ❒ Prophylaxie antibiotique si indiquée

Fait par l'infirmière circulante

Initiales Diogène + signature

* En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision prise :

Avant le départ du patient de SOP SIGN OUT*

Debriefing chirurgien - instrumentiste
- ❒ Compte de compresses / guersounis
- ❒ Pièce(s) de pathologie (tissus, fluide)
- ❒ Confirmation acte chirurgical réalisé

Debriefing chirurgien - anesthésiste
- ❒ Oral, revue des évènements critiques + ordres postop. SI/SR

Documents
- ❒ Feuille de suivi «instrumentiste»

Fait par :		Initiales Diogène+ signature
Infirmière circ.	Anesthésiste	Chirurgien

N/A : Non Applicable

Validé par la Commission des blocs opératoires — Décembre 2009

Adaptation des CL

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

✓ Check-list bloc opératoire

Date :

Dito

Avant l'induction anesthésique SIGN IN*

Documents
- Dossiers cliniques et paracliniques disponibles en salle ❒ Oui ❒ Non

Identité
- Patient confirme son nom ❒ Oui ❒ Non
- Concordance bracelet d'ID ❒ Oui ❒ Non

Présence de risques
- Allergie ☑ Oui ❒ Non
- Broncho-aspiration ❒ Oui ☑ Non (estomac plein, jeûne, patho gastro-oeso)
- Voies aériennes ❒ Oui ☑ Non
- Saignement anticipé ❒ Oui ☑ Non (>500 ml, 10 ml/kg en péd.)
- Contamination ❒ Oui ☑ Non (MRSA, TBC, hépatite, HIV,...)
- Contamination ❒ Oui ❒ Non

Aspirine.

Risques évalués
- ☐ Allergie
- ☐ Broncho-aspiration (estomac plein, jeûne, patho gastro-oeso)
- ☐ Voies aériennes
- ☐ Saignement anticipé (>500 ml, 10 ml/kg en pédiatrie)
- ☐ Contamination (MRSA, TBC, hépatite, HIV,...)

Avant incision / champage TIME OUT*

Identité
- ❒ connue des intervenants

Confirmation par le trinôme (anesthésiste/opérateur/instrumentiste) :
- ❒ Identité patient
- ❒ Site opératoire
- ❒ Intervention
- ❒ Installation opératoire
- ❒ Matériel
- ❒ Etapes critiques
- ❒ Prophylaxie antibiotique si indiquée

par l'infirmière circulante

s Diogène
ature

Cas d'écart avec la check-list, préciser la décision
rise :

Avant le départ du patient de SOP SIGN OUT*

Debriefing chirurgien - instrumentiste
- ❒ Compte de compresses / guersounis
- ❒ Pièce(s) de pathologie (tissus, fluide)
- ❒ Confirmation acte chirurgical réalisé

Debriefing chirurgien - anesthésiste
- ❒ Oral, revue des évènements critiques + ordres postop. SI/SR

Documents
- ❒ Feuille de suivi «instrumentiste»

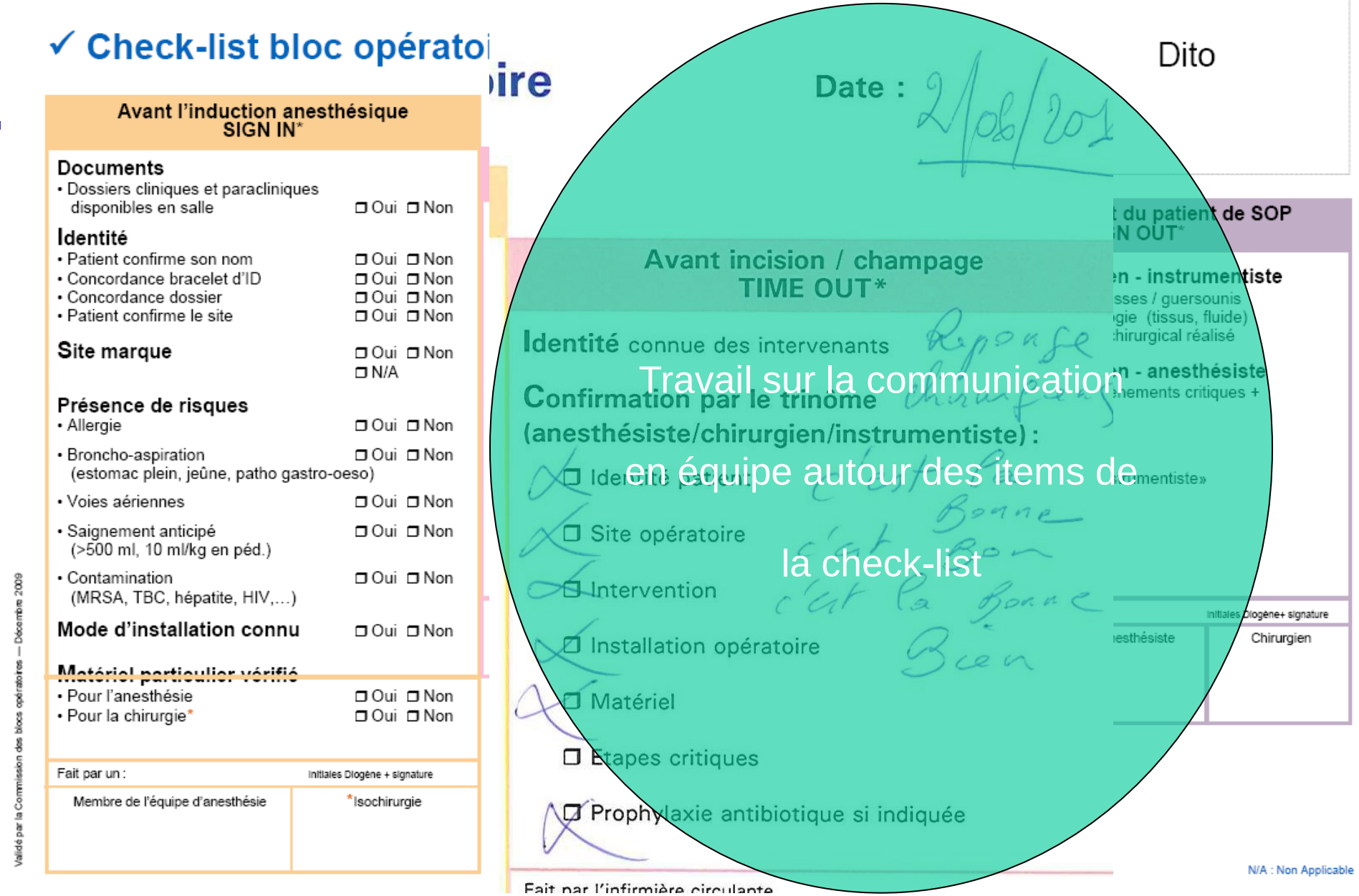
Fait par : Initiales Diogène+ signature

Infirmière circ.	Anesthésiste	Chirurgien

Validé par la Commission des blocs opératoires — Décembre 2009

NA : Non Applicable

Formation des équipes à la communication



✓ Check-list bloc opératoi

Avant l'induction anesthésique
SIGN IN*

Documents
- Dossiers cliniques et paracliniques disponibles en salle ❒ Oui ❒ Non

Identité
- Patient confirme son nom ❒ Oui ❒ Non
- Concordance bracelet d'ID ❒ Oui ❒ Non
- Concordance dossier ❒ Oui ❒ Non
- Patient confirme le site ❒ Oui ❒ Non

Site marque ❒ Oui ❒ Non ❒ N/A

Présence de risques
- Allergie ❒ Oui ❒ Non
- Broncho-aspiration (estomac plein, jeûne, patho gastro-oeso) ❒ Oui ❒ Non
- Voies aériennes ❒ Oui ❒ Non
- Saignement anticipé (>500 ml, 10 ml/kg en péd.) ❒ Oui ❒ Non
- Contamination (MRSA, TBC, hépatite, HIV,…) ❒ Oui ❒ Non

Mode d'installation connu ❒ Oui ❒ Non

Matériel particulier vérifié
- Pour l'anesthésie ❒ Oui ❒ Non
- Pour la chirurgie* ❒ Oui ❒ Non

Fait par un :	Initiales Diogène + signature
Membre de l'équipe d'anesthésie	*Isochirurgie

Validé par la Commission des blocs opératoires — Décembre 2009

Date : 2/06/201

Avant incision / champage
TIME OUT*

Identité connue des intervenants

Confirmation par le trinome (anesthésiste/chirurgien/instrumentiste) :
- ❒ Identité patient
- ❒ Site opératoire
- ❒ Intervention
- ❒ Installation opératoire
- ❒ Matériel
- ❒ Etapes critiques
- ❒ Prophylaxie antibiotique si indiquée

Fait par l'infirmière circulante

Dito

t du patient de SOP
N OUT*

en - instrumentiste
sses / guersounis
gie (tissus, fluide)
hirurgical réalisé

n - anesthésiste
nements critiques +

mentiste»

Initiales Diogène+ signature	
esthésiste	Chirurgien

N/A : Non Applicable

Travail sur la communication
en équipe autour des items de
la check-list