

# LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE

**Le Noel A, Falzone E, Gil C, Grasser L, Edjo Nkilly G, Buguet-Brown ML, Tourtier JP, Bordier E, Auroy Y**  
*Service d'anesthésie réanimation, Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce. 74, Boulevard du Port Royal, 75230 Paris Cedex 5*

**A**u cours de ces dernières années, la sécurité anesthésique s'est profondément améliorée. Le taux de décès en rapport avec l'anesthésie a été diminué d'un facteur de 10 en 20 ans entre 1979 et 1999 (1, 2). Les éléments contributifs à cette amélioration sont multiples mais les gains les plus substantiels sont probablement associés aux innovations techniques (sécurité des respirateurs, moyens de monitoring, techniques d'anesthésie) et macro-organisationnelles (SSPI, voire consultation d'anesthésie). L'introduction de multiples recommandations à mieux travailler a certainement contribué aussi à cette amélioration mais il apparaît plus difficile d'en mesurer l'impact propre. La littérature montre en effet que l'adhésion aux recommandations aux bonnes pratiques reste dans son ensemble faible (3-5). La check-list en anesthésie fait partie de ces éléments ayant contribué à l'amélioration de la sécurité anesthésique (6).

Cependant, le risque anesthésique ne représente qu'une part relativement faible du risque péri-opératoire (7). En France, près de 7 millions d'actes de chirurgie sont réalisés annuellement en France. Au cours de l'enquête française ENEIS 2005, il a été estimé qu'entre 60 000 et 95 000 événements indésirables graves surviendraient dans la période péri-opératoire et près de la moitié de ces événements a été considérée comme évitable (8).

Parallèlement, les autres spécialités travaillant au bloc opératoire ont au travers de leurs différentes sociétés savantes développé des stratégies visant à mieux maîtriser les risques.

Dans ce contexte, l'étude de Haynes et coll. a fait grand bruit et a suscité de nombreux commentaires et réactions (9). Ce travail montre que la mortalité opératoire a diminué lorsque l'on compare dans plusieurs hôpitaux deux périodes, une sans check-list de bloc opératoire et une période avec check-list. Ce travail publié dans le *New England Journal of Medicine* a eu un impact considérable dans les pratiques de plusieurs pays comme par exemple en Angleterre ou en France puisque dans ces deux pays, cette procédure est devenue obligatoire. Certes, de nombreuses critiques ont été faites (10). Les biais méthodologiques des études de ce type (avant-après) ont été discutés\*(11). Ces biais pourraient être encore, voire éternellement, discutés mais nous ne développerons pas ces points puisque la France par l'intermédiaire de l'HAS a décidé d'imposer cette procédure. Par contre, il est important de souligner que cette « check-list » comporte deux types d'actions : 1) des actions de vérification distribuées tout au long du processus opératoire et destinées à valider le fait que rien d'important n'a été oublié, 2) des actions visant à « obliger » les acteurs à partager des informations essentielles en rapport avec le patient, l'intervention et les suites post-opératoires (figure 1). Le premier objectif est très proche de ce que l'on trouve dans l'aviation et de ce qui se fait depuis 10 ans

\* Parmi les enquêtes épidémiologiques, le gold-standard est représenté par l'essai randomisé en double aveugle souvent utilisé dans les essais thérapeutiques. Concernant les études impliquant des procédures ou des mesures d'assurance-qualité, il est souvent difficile de tirer au sort des patients, des services ou des hôpitaux. Des enquêtes de type ici-ailleurs ou avant-après sont alors utilisées mais comportent certains biais dont il faut tenir compte. Souvent critiquées, ces études restent néanmoins intéressantes et parfois les seules réalisables pour évaluer certains types d'intervention ou de procédure.

en anesthésie. Le second objectif est réellement novateur même s'il existe déjà une réelle communication au sein des équipes du bloc opératoire. Ce second objectif vise ainsi à organiser et renforcer cette communication. C'est peut être le point le plus important en terme de sécurité et le réel défi dans l'implémentation de cette « check-list » au sein de nos blocs opératoires. En effet, des études récentes ont montré qu'il existait une relation entre la sécurité des soins et la qualité de la communication entre les différents acteurs au sein d'un établissement de santé (12, 13).

Par ailleurs, la concomitance de ces deux objectifs (vérifier et communiquer) au sein de la même procédure est aussi intéressante car au travers de cette procédure, deux axes de maîtrise du risque sont abordés ; le premier axe fait référence aux solutions et outils normatifs et le second axe fait référence à la notion de résilience qui représente une composante essentielle de la sécurité des systèmes actuels de santé. Une lettre publiée en réponse à l'étude de Haynes illustre bien cette double composante de la sécurité. L'auteur prend à nouveau exemple sur l'aéronautique. Cependant, il met en parallèle l'ensemble des composantes normatives de la sécurité aéronautique (la gestion des événements indésirables est effectuée à partir de check-lists qu'il est « obligatoire » d'utiliser) et le fait que les solutions que le pilote Denny Walsh a utilisées pour réussir à poser son avion sur l'Hudson River n'étaient évidemment pas dans les différentes check-lists ni dans les programmes de simulation (14).

## **CHECK-LIST "SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE" ET CHECK-LIST "ANESTHÉSIE"**

---

L'arrivée de cette nouvelle procédure pourrait être perçue comme possiblement intrusive ou en tout cas, susceptible de modifier les habitudes installées après 10 ans d'utilisation de la check-list en anesthésie. Or les causes et facteurs favorisant la survenue des accidents se retrouvent très souvent au niveau des interfaces et des interactions entre les différents groupes d'acteurs, de métiers ou systèmes. Il n'y aura pas de nouveau et réel progrès concernant la sécurité des patients au bloc opératoire si les différentes disciplines ne se penchent pas sur ces interactions. Les progrès de l'anesthésie en terme de sécurité ne doivent pas nous inciter à nous « refermer » sur notre propre sécurité et éviter le sentiment qu'un « sur » centrage sur la spécialité ferait que la discipline se serait plus sûre en protégeant son exposition au risque (15). Dans un concept de sécurité globale, le défi pour nous est d'intégrer cette « nouvelle » check-list et de participer à son implémentation. Une réelle adaptation de ce que nous faisons actuellement pourrait être nécessaire mais c'est à ce prix que la sécurité au bloc opératoire pourra être améliorée.

## **REFERENCES**

---

1. **Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Jouglu E.** Premières leçons de l'enquête "mortalité" Sfar-Inserm. In: *45 congrès national d'anesthésie et de réanimation*; 2003; Paris: Elsevier; 2003. p. 203-18.
2. **Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, et al.** Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105(6):1087-97.
3. **Martin C, Pourriat JL.** [Perioperative antibiotic prophylaxis practice of French anesthesiologists and resuscitators: results of a national survey]. *Ann Fr Anesth Reanim* 1997;16(7):913-7.
4. **Eiland EH, Wargo KA, Hamm W, Hassoun AA.** Analysis of adherence to national nosocomial pneumonia treatment guidelines. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(6):983-8.
5. **Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Billard-Decre C, Tricaud-Vialle S, Djihoud A.** [Quality indicator survey of anaesthesia records in hospitals of Aquitaine]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27(3):216-21.
6. **Laboutique X, Benhamou D.** [Evaluation of a checklist for anesthetic equipment before use]. *Ann Fr Anesth Reanim* 1997;16(1):19-24.

7. **Cohen MM, Duncan PG, Tate RB.** Does anesthesia contribute to operative mortality? *Jama* 1988;260(19):2859-63.
8. **Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, De Sarasqueta AM, Domecq S.** Les évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et Résultats, DRESS* 2005;398:1-16.
9. **Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al.** A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360(5):491-9.
10. **Benhamou D.** [Is the surgical safety checklist a significant improvement?]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28(5):426-8.
11. **Berwick DM.** The science of improvement. *Jama* 2008;299(10):1182-4.
12. **Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri SF, Mentzer RM, Jr.** Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg* 2007;205(6):778-84.
13. **Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, et al.** Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg* 2006;202(5):746-52.
14. **Greenberg JA, Norwitz ER.** Zero tolerance policies toward adverse outcomes during labor and delivery: don't forget about the pilot. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(1):1-2.
15. **Amalberti R, Benhamou D, Auroy Y, Degos L.** Adverse events in medicine: Easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *J Biomed Inform* 2009.

**Figure 1 :** Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire

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

### CHECK-LIST

## « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle : .....

Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....

Chirurgien « intervenant » : .....

Anesthésiste « intervenant » : .....

Coordonnateur 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><b>1</b> Identité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le patient a déclaré son nom, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>2</b> L'intervention et site opératoire sont confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>3</b> 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"/> N/A</p> <p><b>4</b> Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>5</b> Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allergie du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>	<p><b>6</b> Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identité patient correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• site opératoire correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• installation correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul> <p><b>7</b> Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>8</b> Antibio prophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R</p>	<p><b>9</b> Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>• du signallement de dysfonctionnements matériels et des évènements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>10</b> Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie</p>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Abbreviations utilisées :  
C/L: Check-list; N/A: Non Applicable; N/R: Non Reconnu

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adapté de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/surgsafety/en>, © World Health Organization 2008

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_753539/la-has-adopte-une-check-list-pour-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_753539/la-has-adopte-une-check-list-pour-la-securite-des-soins)