

# C comme... Check-list


## La check-list du bloc opératoire

Le 30 octobre 1935, les ingénieurs de Boeing assistent au premier vol de leur dernier né : le B-17 *Flying Fortress*. Cet imposant bombardier concentre tout le savoir-faire technique, mécanique et technologique de l'époque. Quelques secondes après son envol, le prototype s'écrase. Les deux pilotes décèdent. L'enquête technique révèle que ce crash avait pour origine un simple oubli : le pilote a omis de retirer le système de blocage des commandes de profondeur et de gouvernail. Ironiquement, ce système avait été installé récemment comme dispositif de sécurité pour protéger les gouvernes contre les mouvements causés par les vents violents au sol. L'enseignement qui a été tiré de cet accident est que, les avions devenant de plus en plus complexes, il n'est plus possible de se reposer sur la seule mémoire des pilotes. Il a donc été créé, recommandé, puis exigé un « pense-bête » des actions essentielles à faire que l'on a appelé check-list ou liste de contrôle. Imposer de la faire systématiquement a froissé pas mal de susceptibilités à l'époque, mais il est de nos jours inconcevable pour les passagers d'un vol aérien de partir sans que les check-lists aient été effectuées. C'est devenu un geste parfaitement naturel et sécurisant.

### Check-list officielle

Comme en aviation ou dans toutes les activités où la sécurité est primordiale, les vérifications systématiques de fonctionnement de tous les appareils nécessaires et des procédures engagées ont un rôle majeur en chirurgie. L'intérêt pour la qualité des soins d'une check-list a été démontré par la diminution des complications, de la mortalité et des durées d'hospitalisation.

Depuis 2010, la Haute Autorité de santé (HAS) propose une version française de la check-list de bloc opératoire (fig. 3.1). Elle concerne les chirurgiens, les anesthésistes, le personnel du bloc opératoire (infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

Identification du patient <i>Étiquette du patient au            Nom, prénom, date de naissance</i>		<b>CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »</b> Version 2018 « Vérifier ensemble pour décider »		Bloc : ..... Salle : ..... Date d'intervention : ..... Heure (début) : ..... Chirurgien « intervenant » : ..... Anesthésiste « intervenant » : ..... Coordinateur(s) check-list : .....
<b>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE</b> Temps de pause avant anesthésie				
1. L'identité du patient est correcte « L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés : « Établissement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique » « La documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*			
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*			
4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient : « pour la partie chirurgicale » « pour la partie anesthésique » « Acte sans prise en charge anesthésique »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
6. Le patient présente-t-il un : « risque allergique » « risque d'insufflation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque » « risque de saignement important »	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*			
<small>In the site du consentement de la check-list, voir par filigrane le logo de HAS (Haute Autorité de Santé) pour garantir et reconnaître la responsabilité de l'intervention, et en outre en bas de la check-list, si la vérification a bien été effectuée, et la vérification a été faite conjointement en présence des membres de l'équipe concernée et à titre respectueux de la vie privée de l'équipe concernée par l'établissement.</small>				
 <small>HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</small>				
<small>N/A : Non applicable pour cette intervention, N/R : Non recommandé pour cette intervention</small>				
<b>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE</b> Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)				
1. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgien(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE : « identité patient confirmée » « intervention prévue confirmée » « site opératoire confirmé » « installation correcte confirmée » « documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
2. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) : « sur le plan chirurgical » (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) « sur le plan anesthésique » (Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements antécédents médicamenteux, etc.))	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
3. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A			
<b>→ DÉCISION FINALE</b>				
<input type="checkbox"/> <b>GO</b> = OK pour incision <input type="checkbox"/> <b>NO GO</b> = Pas d'incision ! Si No Go : conséquence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation				
<b>APRÈS INTERVENTION</b> Pause avant sortie de salle d'opération				
1. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : « de l'intervention enregistrée » « de compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, pièces opératoires, etc. » « si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? » « Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A »			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
2. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptés à l'âge, au poids et à la taille du patient.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *				
<b>ATTENTION SI ENFANT !</b>				
« Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. » « Autorisation d'opérer signée. » « Installation, matériel et prescriptions adaptés au poids, à l'âge et à la taille. » « Prévention de l'hypothermie. » « Seuls d'écrire en post-opéré. »				
<b>SEUL PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</b>				
Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien    Anesthésiste / IADE    Coordinateur CL				

**Fig. 3.1. Check-list du bloc opératoire de la HAS.**

Source : HAS. Check-list sécurité du patient au bloc opératoire. Version 2018. En ligne : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode\\_emploi\\_et\\_version\\_2016\\_de\\_la\\_check-list\\_securite\\_du\\_patient\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode_emploi_et_version_2016_de_la_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf)

ou IBODE, infirmier anesthésiste diplômé d'État ou IADE) et le patient lors de son passage au bloc. Elle ne peut pas être modifiée, mais seulement complétée. Elle est composée de dix items répartis en trois périodes : avant l'induction anesthésique, avant l'incision et après l'intervention. Pour chacun des items, il faut cocher soit oui, soit non, ou N/A (non adapté).

## Avant l'induction

Le but de la check-list est que les équipes anesthésique, infirmière de bloc opératoire et, si possible, chirurgicale vérifient avec le patient son identité, le côté à opérer et d'éventuelles allergies. Elles doivent s'assurer que le dossier, les examens et le matériel nécessaires à l'intervention sont présents et que la connaissance des risques à l'intubation ou hémorragiques est connue et inscrite dans le dossier.

## Avant l'incision

En présence des équipes chirurgicale et anesthésique, une nouvelle vérification de l'identité du patient, du côté de l'incision, des particularités de l'installation, des risques anesthésiques ou interventionnels spécifiques est faite. Il faut également vérifier si une antibioprophylaxie est nécessaire et a été faite.

Au-delà de l'aspect réglementaire, c'est le moment où vous pouvez parler du patient (et pas uniquement sur un plan technique) pour personnaliser la prise charge avec toute l'équipe.

## Pendant et en fin d'intervention

Durant ce temps, on contrôle :

- le matériel, les compresses et les champs récupérés afin d'éviter des oublis. Le comptage des textiles est un moment important : il faut laisser le temps aux IBODE de faire ce compte sereinement et s'il manque une compresse, la rechercher et attendre patiemment le nouveau comptage. Une erreur de comptage ne doit pas vous énerver même si l'intervention a été assez longue... On ne ferme pas un patient s'il manque un textile. Rappelez-vous que vous êtes le responsable de tout ce qui se passe au cours de votre intervention ;
- le bon étiquetage des prélèvements ;
- le signalement de dysfonctionnement de matériel ou de traçabilité.

Ce contrôle est fait par une confirmation orale des IBODE et des IADE, du chirurgien et de l'anesthésiste. En cas d'écart avec la check-list, ce sont le chirurgien et l'anesthésiste qui précisent leur choix de décision.

Remplir la check-list vous prendra environ 5 minutes. Le prétexte de perte de temps ne doit pas exister. Vous devez être convaincu que c'est le meilleur moyen d'éviter la survenue d'événements indésirables graves (erreur de patient, de côté à opérer, de matériel...).

## Notre check-list personnelle

### Au moment de la fermeture de la paroi...

En fin d'intervention, nous nous faisons toujours une petite liste personnelle de questions indispensables que vous pouvez utiliser sans modération :

- L'hémostase est-elle parfaite ?
- Ai-je fait une toilette péritonéale et aspiré tout le liquide après, en particulier en inter-hépto-diaphragmatique ?
- N'ai-je aucune réserve sur l'anastomose (esthétique) ? Est-elle bien vascularisée ? sans tension ? bien positionnée ?
- L'intestin grêle est-il libre de tout obstacle et bien rangé dans la cavité abdominale ?
- Ai-je bien remplacé l'épiploon ?
- La sonde nasogastrique est-elle en bonne position ?
- Ai-je contrôlé le trajet pariétal des drains (hémorragie) ?

### À la sortie du bloc opératoire

L'intervention est terminée, mais il reste à vérifier trois choses.

### **Ai-je fait le compte rendu opératoire ?**

C'est un acte important : outre sa portée médico-légale, il servira à tout le monde, et cela pour toujours, y compris pour vous, pour savoir exactement ce qu'il s'est passé et ce qui a été fait. Il sera lu par des personnes aussi différentes que des médecins, le patient, des infirmiers... Pensez-y en le rédigeant !

Vous devez le faire immédiatement. Un compte rendu fait le jour même, c'est bien de l'information, une semaine après, c'est de l'approximation, un mois après, ce n'est plus que de la fiction...

Il doit comprendre une description précise de votre champ opératoire, des structures non pathologiques, des variations anatomiques et des anomalies. Puis vous devez décrire les gestes dans un style impersonnel, clair et factuel. Un schéma pour des gestes complexes est souvent plus informatif qu'un long texte.

L'utilisation d'un compte rendu opératoire standardisé permet d'éviter d'oublier certaines informations, mais ne doit pas vous empêcher de rajouter des données supplémentaires importantes.

### **Ai-je contrôlé les prescriptions pour le postopératoire ?**

Le patient a-t-il besoin de soins intensifs, d'une sonde gastrique, d'une sonde urinaire, d'anticoagulants, d'antibiotiques... ? Tout cela relève aussi du chirurgien.

### **Ai-je pris le temps de rassurer la famille, d'appeler la personne de confiance ?**

En cas d'intervention majeure, ce coup de fil ne prendra que quelques minutes mais sera une délivrance pour une famille dans une attente angoissée.