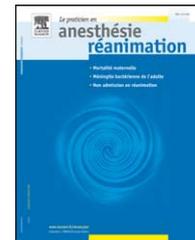




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## VIE PROFESSIONNELLE

# Check-list au bloc opératoire : pourquoi elle n'est pas toujours appliquée (et pourquoi elle devrait l'être) ?

Operative safety check-list: Why don't we (and should we) use it?



## Vincent Piriou

*Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, chemin du Petit-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France*

Disponible sur Internet le 22 septembre 2011

### MOTS CLÉS

Check-list  
opératoire ;  
Risque opératoire

**Résumé** La check-list de bloc opératoire est une nécessité qui permet d'éviter de nombreux accidents liés notamment à des problèmes de communication entre les acteurs de soin. Elle met souvent en exergue des problèmes d'organisation du travail. Elle nécessite une implication de tous les soignants qui se heurtent à une culture corporatiste. Pour garantir l'efficacité de la mise en route de cette mesure, il importe dans un bloc donné d'en évaluer l'exhaustivité et la qualité de la procédure. La check-list contribue à créer une culture de la sécurité, qui à terme peut réduire la morbidité et la mortalité périopératoires.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Surgical safety  
check-list;  
Perioperative risk

**Summary** There is a real need for a surgical safety check-list to reduce morbidity and mortality, in as much as many adverse events and complications are related to a defective communication between health care providers. The check-list commonly points out issues in management in the operating theatre. Commitment of health care providers is required despite culture-bound corporatism. Sufficiency and quality of recording are required to guarantee the efficacy of the procedure. Setting up an operative check-list is prone to develop safety practices and to decrease perioperative morbidity and mortality.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : [vincent.piriou@chu-lyon.fr](mailto:vincent.piriou@chu-lyon.fr)

## Introduction

À la suite d'un travail, conduit dans huit hôpitaux de niveau de développement très différents et publié dans le *New England Journal of Medicine*, qui a montré, en utilisant une méthodologie de type « avant/après », que l'implémentation de la check-list opératoire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) entraînait une diminution de la morbi-mortalité, son utilisation systématique avant toute intervention est devenue obligatoire en France [1]. Ce travail a fait l'objet de nombreux commentaires suggérant le rôle décisif des check-lists pour améliorer la communication et la culture de sécurité au bloc opératoire, avec cependant des réserves quant aux résultats concernant la mortalité [2–5]. Un autre travail européen a retrouvé des résultats comparables avec l'application d'une check-list qui ne s'intéressait pas seulement à la période opératoire, mais à l'ensemble du parcours du patient, incluant la période pré- et postopératoire, et concernait tous les acteurs de soins impliqués durant cette période [6]. Un groupe de travail au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), comprenant des membres issus des sociétés savantes ou professionnelles impliquées, dont la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar) et le Collège français des anesthésistes réanimateurs (Cfar), a conçu une check-list adaptée des outils nord-américains équivalents. Cette check-list a été introduite « brutalement » dans nos blocs opératoires sans que ceux-ci n'y soient préparés par de réelles mesures d'accompagnement la plupart du temps, ce qui a suscité des réactions très diverses allant de l'adhésion totale au rejet absolu.

## Mise en place et limites de réalisation de la check-list

La mise en place de la check-list a en effet, dans bien des cas, mis en exergue la désorganisation des blocs opératoires, l'individualisme des différents acteurs de soin, les problèmes de communication au bloc opératoire, l'absence de culture de sécurité... La check-list a constitué un formidable révélateur de l'ensemble de ces difficultés qui a permis de faire émerger et discuter les dysfonctionnements organisationnels.

Lorsque la check-list a été mise en place, certains l'ont appliquée rapidement sans mesurer ni les conséquences ni le travail en amont que cela impliquait. Dans les blocs opératoires qui dysfonctionnaient, soit du fait d'un poids hiérarchique important, soit par manque de communication entre les équipes, si la lettre a pu être remplie, l'esprit n'y était pas. En d'autres termes, l'exécution des check-lists a pris la tournure d'une formalité administrative et d'une contrainte vidée de son sens, notamment pour la personne qui porte la responsabilité de la remplir (l'infirmier de bloc opératoire le plus souvent), sachant que tout le personnel, notamment médical ne s'implique pas. Chirurgiens et anesthésistes se sont souvent défaits de leur responsabilité sur le personnel soignant en déléguant la tâche sans être présent lors de sa réalisation. Une enquête réalisée auprès des anesthésistes engagés au sein de 15 organismes agréés pour l'accréditation (OA-A) a révélé après six mois de mise

en œuvre, que trois quarts des praticiens interrogés affirmaient toujours déléguer à d'autres la tâche d'exécution de la check-list et que plus d'un tiers affirmaient ne pas participer du tout au processus (poser ou répondre aux questions) [7]. Ce type de comportement conduit à la réalisation de « check-lists de complaisance » vidées de leur sens et probablement de leur efficacité.

La HAS était pourtant assez satisfaite des premiers résultats suivant la mise en place de la check-list, car celle-ci semblait être réalisée régulièrement et acceptée. Il est vrai que le travail de mise en place de la check-list avait été bien mené par les tutelles, impliquant les différents représentants, en mettant une obligation à sa réalisation par l'intermédiaire du manuel de certification. Les différentes sociétés savantes et collèges de spécialité de chirurgie ou d'anesthésie-réanimation ont relayé cette obligation et ont fait tous les efforts nécessaires pour que le processus soit connu, compris et réalisé [8–11].

La mise en place de la check-list dans nos blocs opératoires ne peut en effet être effectuée sans qu'un travail important décrivant les différentes étapes n'ait été réalisé en amont. Ce travail nécessite que les cinq corps de métier qui travaillent au sein du bloc opératoire (anesthésiste-réanimateur, chirurgien, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, aide-soignant) se réunissent et définissent ensemble, d'un commun accord à travers des discussions ouvertes, la façon de remplir chacun des différents items : quelles sont les différentes étapes pour s'assurer de la bonne identité du patient ? comment le côté à opérer est-il vérifié ? si les concordances ne sont pas respectées quelles sont les procédures dégradées à appliquer ? La définition des conditions d'application de la check-list repose donc sur l'existence d'une structure, telle qu'un conseil de bloc, qui soit effectivement opérante.

## Pourquoi le processus de réalisation de la check-list est-il souvent dégradé ?

Essentiellement du fait de la non-implication des médecins et du poids hiérarchique qu'ils font supporter aux autres catégories de soignants. De plus, la culture très individualiste des médecins les conduit peu à partager entre eux et à mener une réflexion collective sur la sécurité [12,13]. Sans volonté médicale, la check-list revêt alors l'aspect d'une coquille vide. Le défaut de communication est pourtant une cause majeure de survenue d'évènements indésirables [14]. Actuellement, les évènements indésirables sont encore souvent non dits, camouflés ou étouffés et ils ressortent parfois brutalement surmédiatisés. La mise en place de la check-list peut avoir des conséquences à connotation médico-légale qui pourrait contribuer, si elle est (bien) réalisée à démontrer la rigueur des bonnes pratiques cliniques, en cas d'incident donnant lieu à des suites judiciaires. Afin d'améliorer la culture de sécurité et de promouvoir l'utilisation de la check-list, il importe donc de communiquer amplement avec les différentes équipes de bloc opératoire sur les cas pour lesquels la check-list a permis d'éviter un incident (*near miss*) : erreur de patient ou de côté, évitée grâce à la check-list, intervention repoussée car on s'aperçoit que le matériel prothétique n'est pas

présent, reprise précoce des anticoagulants postopératoires en raison d'un risque thrombotique important rappelé grâce à l'étape de communication entre chirurgien et anesthésiste en fin d'intervention. . .

## Nécessité de l'évaluation des résultats de la check-list

On voit ainsi qu'il est indispensable d'évaluer les résultats de la mise en place de la check-list dans chaque établissement. Pourquoi le faire ? Est-ce pour remplir des indicateurs nationaux qui visent à comparer des établissements entre eux, avec un objectif sous-jacent de sanction ou bien est-ce dans un souci d'amélioration de la qualité des soins (bonnes pratiques cliniques), des conditions de travail et de la culture de sécurité du bloc opératoire et valoriser son personnel à travers les actions mises en place. Il est ainsi possible de s'engager dans un cercle vertueux, d'amélioration de la communication entre les équipes et d'établissement d'un climat de confiance et de sécurité.

Le Cfar s'est emparé de cette problématique et a proposé à la HAS, une évaluation en quatre phases.

### Contrôle de la réalisation de la check-list : phase quantitative

Une première phase consiste à contrôler si la check-list est réalisée (phase quantitative). Le pourcentage d'interventions réalisées qui bénéficient de l'ouverture d'une check-list peut être défini. Le pourcentage d'items cochés pourrait aussi être défini, ou le pourcentage d'interventions réalisées avec l'exécution d'un des items (tel que le *time-out* [moment de pause] qui est un temps-clé). Cet indicateur peut être suivi aisément lorsque la check-list est informatisée, il doit être régulièrement communiqué auprès des équipes afin de les motiver.

### Contrôle de réalisation de la check-list : phase qualitative

La deuxième phase évalue si la check-list est « bien » réalisée, c'est-à-dire si la communication lors de la réalisation de la check-list est adéquate. Cette étape doit alors être réalisée par un auditeur externe qui évalue si les messages délivrés le sont de façon intelligible, si les acteurs sont attentifs, s'ils répondent. . . . Un questionnaire est aussi distribué aux différents acteurs de bloc opératoire afin de connaître leur appréciation sur la check-list, sa mise en place au sein du bloc, les contraintes qui en découlent. . . Il est aussi souhaitable d'évaluer au cours de cette phase des critères organisationnels qui contribuent à la culture de sécurité, tels que le circuit de déclaration d'évènements indésirables ou l'existence d'une organisation permettant de parler librement des évènements indésirables, notamment ceux démasqués par la check-list ou bien ceux qui se sont produits malgré la check-list, afin d'évoquer des mesures correctrices. Cette organisation peut se faire sous forme de revues de morbi-mortalité interprofessionnelles au sein du bloc opératoire, ce qui contribue grandement à améliorer le climat de confiance et la communication [15].

## Évaluation de la culture de sécurité

La troisième phase est plus générique et évalue la culture de sécurité grâce à un questionnaire généraliste ou plus ciblé sur le bloc opératoire. La mesure de la culture de sécurité est un élément important de la gestion des risques [16].

*Il existe un lien direct entre culture de sécurité et évènements indésirables.*

La HAS préconise l'utilisation d'un questionnaire généraliste traduit de celui de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), qui apprécie la culture de sécurité en dix dimensions : réponse non punitive à l'erreur, perception globale de la culture de la sécurité, liberté d'expression, organisation apprenante et amélioration continue, travail d'équipe entre les services de l'établissement, travail d'équipe dans le service, ressources humaines, fréquence de signalement des évènements indésirables, soutien du management pour la sécurité des soins (climat de travail instauré par la direction de l'établissement pour améliorer la sécurité des soins), attentes et actions des responsables concernant la sécurité des soins. Ce questionnaire comporte une quarantaine de questions et prend environ dix à 15 minutes à remplir. Pour que ce questionnaire soit validé, il faut qu'il soit rempli par 80 % du personnel, et que les cinq corps de métier qui font fonctionner le bloc opératoire l'aient rempli. Tous les détails concernant l'utilisation de ce questionnaire et sa restitution sont bien décrits dans les documents fournis par la HAS et le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CECQA) [17,18]. En s'engageant dans la mesure de la culture de sécurité au bloc opératoire, il devient possible de valoriser tout le travail interprofessionnel dans le cadre de la certification des établissements de santé au sein de laquelle un item sur le développement de la culture de sécurité est prévu.

### Mesure de l'impact de la mise en place des check-lists

La quatrième phase est la plus difficile, elle consiste à mesurer l'impact de la mise en place des check-lists sur la morbi-mortalité des patients. En effet, en dehors de l'existence de registres tels qu'il en existe pour la chirurgie cardiothoracique, il est très difficile de mesurer et de suivre la morbi-mortalité des patients opérés, d'autant que les études qui ont montré une diminution de la morbi-mortalité sont des études contrôlées qui ne reflètent pas nécessairement la « vraie vie » des blocs opératoires.

## Conclusion

La check-list est arrivée (trop) rapidement dans nos blocs opératoires, sans que nous n'y soyons préparés. Il s'agit d'un choc culturel permettant de démasquer des dysfonctionnements au sein de nos organisations cloisonnées qui présentent un défaut majeur de communication. La check-list est une opportunité pour faire émerger ces

dysfonctionnements et améliorer la culture de sécurité. Une mutation dans nos organisations est en train de se produire et il nous faut saisir cette opportunité.

## Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–9.
- [2] Piriou V. Un tsunami pour la sécurité au bloc opératoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:421–2.
- [3] Clergue F. Standardisation – communication : deux cibles pour la sécurité des soins. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:423–5.
- [4] Benhamou D. La checklist opératoire est-elle un progrès significatif? *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:426–8.
- [5] Marty J. Qualité et sécurité des soins : une évolution ou une révolution culturelle. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:429–30.
- [6] de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *New Engl J Med* 2010;363:1928–37.
- [7] Casassus P. Enquête sur la mise en œuvre de la check-list. *Journal des acteurs de la gestion des risques médicaux en établissement de santé (JAM)* 2010;15 (novembre-décembre): 3, disponible à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/jam15\\_2010\\_11.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/jam15_2010_11.pdf) [accès le 10/8/2011].
- [8] Marret E, Piriou V. La liste de vérification (check-list) en chirurgie : connaissez-vous des thérapeutiques ayant une telle efficacité, dénuées d'effet secondaire? *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:461–2.
- [9] Clergue F. Sécurité des soins : quelle place donner au normatif? *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:463–4.
- [10] Benhamou D. La checklist réduit le taux de complications postopératoires : d'accord, mais il faut maintenant en assurer la mise en œuvre. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:465–6.
- [11] Marty J. Check-lists : la lettre et l'esprit. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:467–8.
- [12] Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330–4.
- [13] Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745–9.
- [14] Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker R, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143:12–7.
- [15] Szekendi MK, Barnard C, Creamer J, Noskin GA. Using patient safety morbidity and mortality conferences to promote transparency and a culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:3–9.
- [16] Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf* 2006;2:105–15.
- [17] Occelli P, Quenon J-L, Djihoud A, Izotte M, Domecq S, Delaperche F, et al. Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier. Guide d'utilisation de l'outil de mesure. *Pes-sac : comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)*; 2010, disponible à l'adresse : <http://www.ccecqa.asso.fr/outils/recueil-donnees> [accès le 10/8/2011].
- [18] Occelli P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique [rapport]. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé (HAS); ©2011, disponible à l'adresse : <http://www.has-sante.fr> [accès le 10/8/2011].