



STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE - LISTE DES TÂCHES

Stratégie générale

- **Pré-test : tester les outils (adaptation et traduction)**

Qui ? Centre Léon Bérard

Quand ? Janvier à mars 2010

- **Formation**

Qui ? Les 10 établissements participants

Quand ? Mars 2010

- **Phase pilote : mise en route, sans traitement des données recueillies**

Qui ? Les 10 établissements participants

Quand ? A partir de mars 2010 et dure le temps nécessaire pour que les établissements se soient appropriés la check-list.

- **Mise en œuvre complète**

Quand ? Lorsque les établissements sont prêts

Combien de temps ? Pendant 5 ans

Les étapes au sein de votre établissement :

- Constitution d'un groupe de pilotage pluridisciplinaire et nomination d'un responsable
- Adaptation de la check-list selon le fonctionnement du service
- Formation des équipes de soins
- Mise en œuvre du protocole
- Analyse des événements indésirables survenus

LA PRÉVENTION DES ERREURS DE PROCÉDURE ET DE SITE EN CHIRURGIE

OBJECTIFS

- Tester la faisabilité de la mise en œuvre d'un protocole standardisé de prévention des erreurs de site et de procédure dans une dizaine de pays à travers le monde.
- Démontrer l'efficacité de cette standardisation sur la diminution des erreurs de :
 - Personne
 - Site
 - Procédure

CHAMPS D'APPLICATION

- Le protocole est applicable à tous les actes chirurgicaux réalisés dans des blocs opératoires dédiés aux patients hospitalisés. Les actes chirurgicaux réalisés en urgence et chez des patients en ambulatoire dans ces blocs sont également inclus.

Sont exclues les salles dédiées à :

- l'endoscopie
- la cathétérisation
- aux accouchements
- la chirurgie ambulatoire

LA CHECK-LIST : UN OUTIL A DOUBLE EMPLOI

- Tracer les étapes pré-opératoires (à partir de la décision d'opérer jusqu'à l'intervention)
 - Recueillir des données d'évaluation en temps réel
- La modification de son format et l'ajout d'items sont autorisés
→ Pour la France, cette check-list est proposée sous un format combiné avec la check-list de la HAS

PERSONNES IMPLIQUÉES

- Les équipes pré-opératoires
→ Chirurgiens, anesthésistes, infirmières...
- L'équipe opératoire
- Le patient et sa famille

LE PROTOCOLE STANDARDISÉ

1. Processus de vérification pré-opératoire

- **Objectifs :** Réduire les risques d'erreurs en s'assurant que tous les documents pertinents nécessaires pour le diagnostic et la préparation opératoire sont correctement identifiés.
- **Points clés :** - Débute au moment de la décision d'opérer
 - Vérification systématique de l'identité du patient sous deux formes (1/ NOM-Prénom; 2/ Date de naissance), du site opératoire et de la procédure
 - Recueil en temps réel d'informations
 - Un seul document par patient
 - Renseigné par des professionnels multiples

2. Marquage du site opératoire

- **Objectifs :** Identifier clairement le site de l'incision
- **Points clés :** - Pour tous les actes (latéralité, multiplicité, niveaux) sauf exceptions (prématurés, impossibilités de marquage)
 - Marquage par le chirurgien qui va opérer
 - Avant l'entrée en salle d'opération
 - Sans ambiguïté

3. Temps de pause avant incision de la check-list HAS

- **Objectifs :** Effectuer une dernière vérification de l'identité du patient, du site, de la procédure, de la position et de l'implant, le cas échéant
- **Points clés :** - A lieu dans la salle d'opération
 - Communication active de toute l'équipe opératoire

STRATÉGIE D'ÉVALUATION

Evaluation de l'implémentation

Objectifs : Comprendre les ressources nécessaires à la mise en œuvre et à la pérennisation de l'utilisation de la check-list, identifier les obstacles à sa mise en œuvre, déterminer son impact sur la sécurité du patient

Moyens :

Qui ?

Quand ?

1. Questionnaire narratif

Etablissement participant

6 mois après la mise en œuvre puis tous les trimestres

2. Entretiens

Qui ?

Quand ?

HAS – Etablissement participant

Une fois par an dans trois hôpitaux participants

Mesure de la performance

Objectifs : Evaluer l'efficacité de cette standardisation sur la diminution des erreurs en chirurgie

Moyen :

→ A partir des données issues de la check-list

→ Transmises une fois par mois par l'établissement au CEPPRAL

Qui ?

Le CEPPRAL calcule les indicateurs

Analyse des évènements indésirables

Objectifs : Identifier les évènements en lien avec le processus standardisé

Méthode :

- Sélection des cas à analyser à partir d'évènements déclencheurs

- Méthode Alarm d'analyse des causes

Qui ?

Etablissement participant et soutien du CEPPRAL