

TEMPS DE PAUSE FINAL AVANT INCISION (Time out)

Q. Nos chirurgiens opèrent parfois dans plusieurs blocs opératoires. Nous préparons, mettons en place et anesthésions le patient pendant que le chirurgien finit d'opérer le patient précédent. Dans cette situation, le reste de l'équipe chirurgicale peut-elle faire cette pause sans le chirurgien ?

R. Compte tenu du rôle critique joué par le chirurgien dans l'équipe chirurgicale, il n'est pas admis, dans le cadre de ce protocole, de faire cette pause sans que le chirurgien ne soit présent.



La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie

Questions fréquemment posées

GÉNÉRALITÉS

Q. Quels actes chirurgicaux entrent dans le champ d'application du protocole ?

R. Le protocole est applicable à tous les actes chirurgicaux réalisés dans des blocs opératoires dédiés aux patients hospitalisés. Les actes chirurgicaux d'urgence et en ambulatoire réalisés dans ces blocs seront aussi inclus.

En revanche, les salles spécifiquement dédiées à la chirurgie ambulatoire, à la cathétérisation, à l'endoscopie ou les salles d'accouchement sont exclues.

Les établissements participants peuvent faire le choix d'élargir le champ d'application du protocole, mais les données recueillies dans le cadre du projet High 5s se limiteront aux actes pratiqués dans les blocs opératoires désignés pour l'étude.

Q. Est-il possible de ne mettre en œuvre le protocole que dans un nombre de blocs limités ou pour une spécialité en particulier ?

R. Oui il est tout à fait possible de mettre en œuvre le protocole dans un nombre limité de blocs opératoires ou pour un type de spécialité chirurgicale, si une salle est spécialement dédiée à cette spécialité.

Q. Quels liens existe-t-il entre la check-list de l'OMS/HAS et la check-list du projet High 5s ?

Les deux projets ont pour objectif d'améliorer la sécurité du patient en chirurgie. Le protocole standardisé High 5s cible principalement la réduction des erreurs de personne, de site chirurgical et de procédure opératoire. Il concerne toute la période de préparation pré-opératoire, sa mise en œuvre débutant dès la programmation de l'intervention. La check-list de l'OMS concerne un éventail plus large des risques chirurgicaux et est mise en œuvre uniquement lors de l'opération.

Ces deux check-lists sont parfaitement complémentaires et peuvent être combinées. Tel en sera le cas en France.

VÉRIFICATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Q. L'utilisation d'une check-list de vérification pré-opératoire est-elle exigée ?

R. Oui, elle sert à la fois de guide pour la réalisation des étapes du protocole et de support pour tracer ces étapes. En complément, elle permet de recueillir des données d'évaluation en temps réel.

MARQUAGE DU SITE CHIRURGICAL

Q. Qu'en est-il de la chirurgie dentaire ? Je sais qu'il y a eu plusieurs cas d'extraction d'une mauvaise dent.

R. Puisqu'il n'existe aucune méthode pratique ou fiable pour marquer directement la dent à extraire, la chirurgie dentaire est exemptée du marquage du site chirurgical. Cependant, comme ce type de chirurgie implique de « multiples structures », il est nécessaire d'utiliser une autre méthode expliquée ci-dessous :

- Examinez le dossier dentaire, les antécédents médicaux, les analyses de laboratoires, les schémas et radiographies dentaires. Indiquez le ou les numéros des dents concernées par l'opération ou marquez le site chirurgical sur le schéma ou sur la radiographie à intégrer dans le dossier médical du patient.

- Assurez-vous que les radiographies sont correctement orientées et confirmez visuellement que la bonne dent ou les bons tissus ont été marqués.

Q. Doit-on marquer le site chirurgical s'il y a une blessure ou une lésion évidente ?

R. En général, il n'est pas nécessaire de marquer le site chirurgical s'il y a une blessure ou une lésion évidente sur le site prévu de l'acte à pratiquer. Néanmoins, s'il y a de multiples blessures ou lésions et que seules certaines d'entre elles doivent être traitées et que la décision de n'en traiter que certaines est prise quelques temps avant l'intervention elle-même, alors les sites chirurgicaux doivent être marqués aussitôt que possible après la prise de décision.

Q. Que faire si le patient refuse le marquage du site chirurgical ?

R. Le patient a toujours le droit de le refuser. Cette situation doit être gérée de la même façon que tout autre refus de soins ou traitement de la part du patient. L'établissement a la responsabilité d'informer le patient afin de lui expliquer pourquoi le marquage du site chirurgical est souhaitable et ce qu'implique son refus. Le patient peut alors prendre une décision éclairée. Le protocole ne requiert pas l'annulation de l'intervention parce que le patient refuse le marquage du site chirurgical. La check-list de vérification pré-opératoire permet de documenter cette situation.

Q. Quelle est la procédure recommandée pour le marquage du site chirurgical en ce qui concerne les opérations de la colonne vertébrale ?

R. Pour ce type de chirurgie, un marquage en deux étapes est préconisé. Lors de la préparation pré-opératoire, il faut d'abord marquer le niveau ou l'étage rachidien (cervical, thoracique ou lombaire) où l'acte sera pratiqué. Si l'intervention implique la définition d'une face antérieure ou postérieure, droite ou gauche, la marque doit alors l'indiquer. Dans un second temps, au bloc opératoire, l'espace vertébral exact à opérer doit être précisément signalé à l'aide d'une technique de marquage radiographique standard.

Q. Qui doit marquer le site chirurgical ?

R. Le protocole précise clairement que le marquage du site chirurgical doit être effectué par la personne qui exécutera l'acte chirurgical.

Q. Faut-il marquer le site chirurgical pour les interventions bilatérales ?

R. L'obligation de marquer le site chirurgical imposée par le protocole concerne essentiellement les actes chirurgicaux unilatéraux ou ceux qui impliquent de nombreux niveaux ou structures. Le marquage du site chirurgical pour les opérations bilatérales (même acte, équipe chirurgicale et bloc opératoire) est néanmoins conseillé, mais n'est pas exigé, sauf en cas de plan opératoire prédéterminé pour opérer en premier un des deux côtés. Dans ce cas-là, les deux côtés doivent être marqués de manière à indiquer lequel doit être opéré en premier, par exemple avec les chiffres 1 et 2.