HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES

Comprendre pour agir sur
les événements indésirables associés aux soins
EIAS

ORTHORISQ

Merci la check-list !

Une erreur de côté évitée de justesse

SPECIALITE : CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

L'histoire

Un patient est admis pour une arthroscopie d'une lésion méniscale du genou gauche et une ponction concomitante d'un kyste poplité du genou droit.

La nature des interventions et les sites opératoires sont vérifiés lors de l'entrée du patient au bloc opératoire en utilisant la première partie de la check-list en présence de l'anesthésiste.

Lors du transfert du patient en salle d'opération, un rapide changement de l'équipe d'IBODE est réalisé sans transmission concernant le site et la nature des interventions à réaliser sur ce patient.

Le patient est installé par la nouvelle équipe d'IBODE pour une arthroscopie du genou droit avec mise en place des champs opératoires et du garrot pneumatique.

A son arrivée dans la salle, le chirurgien procède à la vérification ultime des données liées à l'identité du patient, aux sites et à la nature des interventions (période de « time out » lors de l'utilisation de la 2ième partie de la check-list).

Une discordance, qui alerte le chirurgien, apparaît entre les informations fournies par l'anesthésiste et celles des IBODE.

En vérifiant les informations du dossier, il détecte l'erreur de latéralité et fait procéder à une nouvelle installation du patient.

L'intervention se déroule sans problème avec un temps opératoire légèrement allongé.

Analyse des causes

Causes immédiates

- Erreur de site opératoire
  - Erreur de latéralité lors d'une intervention sur un membre pair

Causes profondes

- Facteurs liés à l'équipe
  - Défaillance lors du changement d'équipe en cours de procédure check-list
  - Absence de transmission entre les IBODE lors du changement d'équipe.
- Facteurs liés à l'organisation et au management
  - Pas d'organisation formalisée pour réaliser un changement d'équipe en cours d'intervention

(La grille d'analyse ALARM comporte 7 catégories de facteurs. Nous avons retranscrit dans cet exemple les facteurs les plus directement en rapport avec l'événement)

Analyse des barrières.

Barrières qui ont fonctionné

- La check-list : la réalisation du premier temps de la check-list et le time-out,
- La qualité d'écoute du chirurgien,
- La disponibilité des informations dans le dossier du patient.

Barrières qui n'ont pas fonctionné ou absentes

- La vérification des sites à opérer lors de l'installation du patient,
- L'organisation des changements d'équipes en cours d'intervention,
- La transmission d'information lors de changement d'équipes.

Actions identifiées pour limiter la survenue de l'évènement ou réduire ses conséquences

- Réduire autant que possible les rotations d'équipe en cours d'intervention
  - Notamment, éviter le changement complet d'équipe entre les différentes phases de la checklist
- Structurer les changements d'équipe en cours d'intervention
  - Assurer la transmission d'informations lors des changements d'équipes.
  - Former les équipes à l'importance de transmissions d'information efficaces

Réflexions et enseignements

MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT PERIOPERATOIRE IMMEDIAT

Gare aux perturbations

Il existe, au bloc opératoire et dans les secteurs de soins en général, de nombreux éléments perturbant le travail des soignants durant les processus de soins (bruits, interactions avec d'autres soignants ou des patients, alarmes, etc.). Ces interruptions dans le déroulement des soins majorent le risque d'événements indésirables notamment si le processus est complexe ou crucial.

Une étude de 2010 (Westbrook) montre que 11 à 13 % de tâches menées par les médecins sont interrompues et que dans 18% des cas, ces derniers ne sont pas revenus dans le processus de soins au niveau où il était arrêté.

Egalement, une étude de 2006 (Healey), centrée sur le bloc opératoire, montre un taux d'interruptions très élevé, d'abord dû à des conversations et des interruptions du chirurgien sans lien avec sa chirurgie dans 37 % des cas. Les équipements, alarmes et inconvénients divers ressortent pour 14% des distractions, mais gênent plus les infirmiers que le chirurgien. L'étude note aussi une circulation d'entrées-sorties des infirmières provoquant des interruptions sérieuses dans 27% des cas (comme dans cet exemple un changement d'équipe en cours de réalisation de la check-list)

Une réflexion en équipe peut être menée afin de prendre conscience de l'impact négatif de ces perturbations et définir des règles de fonctionnement pour les réduire, notamment sur les séquences de soins sensibles.

La réalisation de la check-list opératoire, surtout sur la phase de time-out, représente un de ces moments où il ne doit pas y avoir d'interruptions (pour un changement d'équipe par exemple).

Références :

- 2010 - Westbrook J. - The impact of interruptions on clinical task completion; Qual Saf Health Care 19: 284-289
- 2006 - Healey A - Measuring intra-operative interference from distraction and interruption observed in the operating theatre
- Healey, A. Sevdalis N. Vincent C., Measuring intra-operative interference from distraction and interruption observed in the operating theatre, Ergonomics,49, 5-6: 589 -604
- HAS – Médical Team Training ou Apprentissage au fonctionnement en équipe (projet en cours)
- HAS – SAED un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)

Publié après avis du comité de lecture HAS du 01 septembre 2015

© Haute Autorité de Santé – Février 2013