



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2024-2025

UEC 17 : Démarche qualité et gestion des risques

Gestions des risques en santé

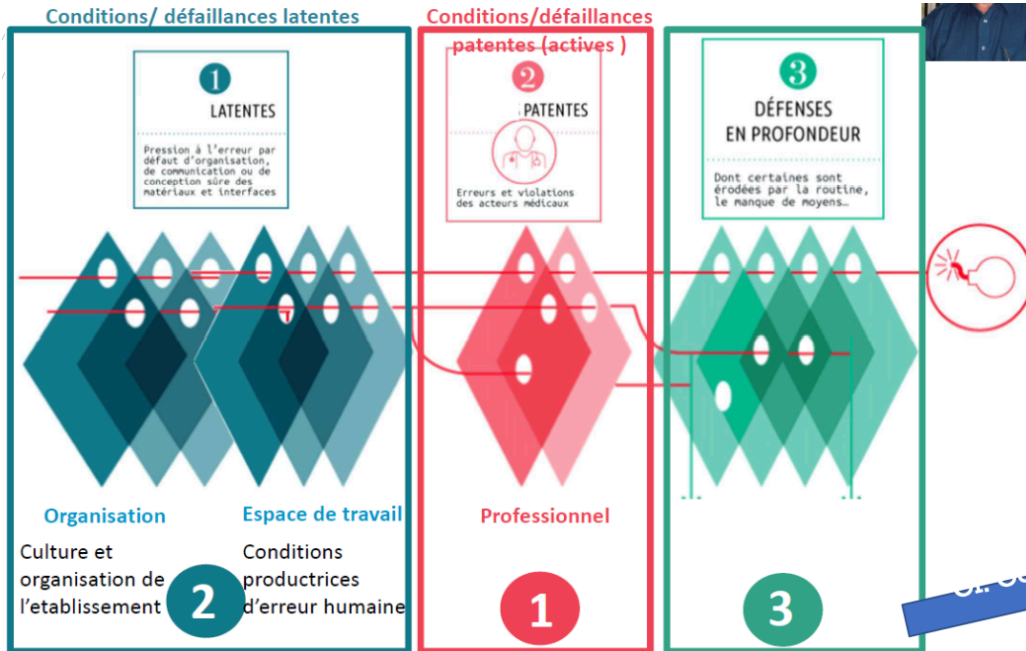
Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en sciences infirmières.

Rédigé par Marie Peral à partir du cours de LEFEVRE Sophie présenté le 3 octobre 2024.

Gestions des risques en santé

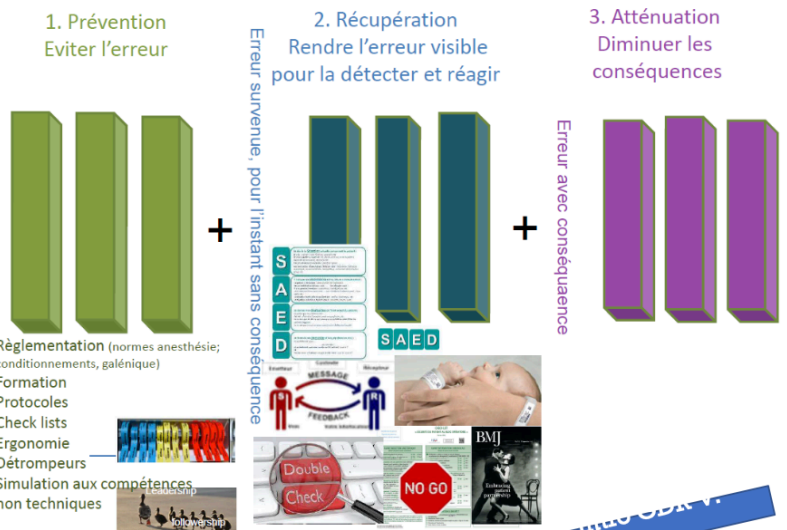
I. Les barrières de sécurité

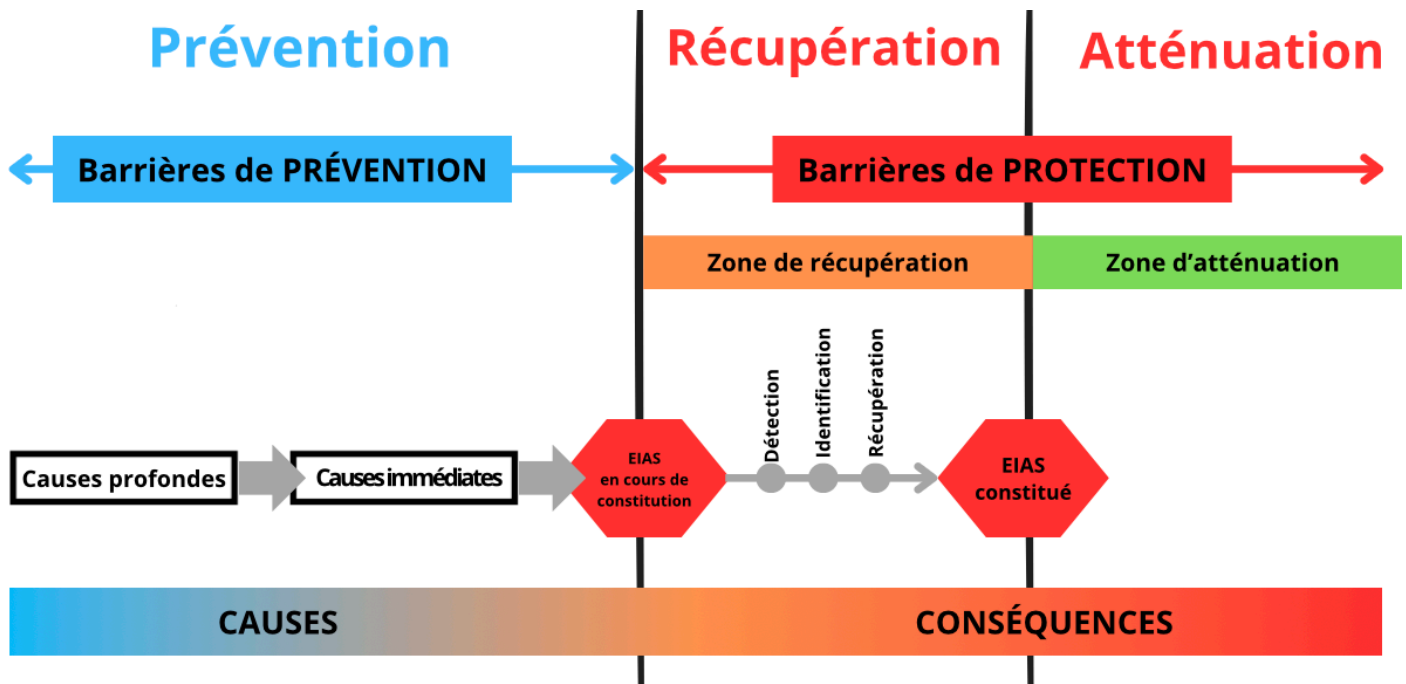
Modèle de Reason : de l'approche individuelle à l'approche systémique d'un incident.



La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs mais à les gérer de façon adaptée. On peut réduire ou empêcher la fréquence de certaines erreurs et on peut récupérer les erreurs commises.

Les barrières de sécurité correspondent à tous les moyens humains, techniques ou organisationnels qui permettent d'éviter la survenue d'un EIAS, de le rattraper quand il survient ou d'atténuer la gravité de ses conséquences.





Les pratiques médicales et organisationnelles en établissement de santé surestiment souvent l'efficacité des barrières de prévention (ex : rappel de bonnes pratiques), tandis qu'elles peuvent fortement sous-estimer l'importance des deux autres types de barrières (récupération, atténuation). »*

*La sécurité des patients, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique - partie 5 - guide HAS.

Les barrières peuvent être immatérielles : mesures organisationnelles et humaines :

- Lois / réglementations
- Bonnes pratiques de sécurité
- Recommandations
- Procédures / protocoles
- Formation
- Organisation de travail

Ou bien matérielles : mesures techniques :

- Détrompeur physique
- Alarme
- Verrouillage d'un dispositif

Objectif : réduire le risque de survenue de l'erreur et prévoir une ou des actions permettant d'en atténuer les conséquences si cet écart se reproduisait.

II. Facteurs humains organisationnels (FHO)

28 Janvier 1986 :

- Explosion de la navette Challenger peu après son décollage
- Mort des 7 astronautes de l'équipage

Cause initiale de l'explosion d'origine technique :

- Rupture de joints d'étanchéité sur les boosters
- Mauvaise tenue au froid ambiant des joints

Autres causes :

- Mauvaise tenue au froid des joints connue
- Dans les heures précédant le lancement, mise en garde orale et écrite faite à la NASA par des ingénieurs et managers de l'entreprise fournissant les joints, au sujet du risque important de rupture des joints au décollage compte tenu des conditions atmosphériques du jour.
- La NASA a opéré en retour des pressions sur le sous-traitant pour l'amener à valider tout de même, de manière formelle, la pertinence du lancement.

=> Cet accident célèbre met bien en évidence la notion de FHO.

Les accidents ne sont pas le résultat du mauvais comportement des opérateurs. Chercher à changer le comportement est donc inutile et impossible. Les accidents sont le résultat non souhaité de l'action collective d'individus, dans un contexte donné, qui souhaitent bien faire mais qui échouent.

Définition facteurs organisationnels humains (FHO) : Ensemble de facteurs qui influencent la performance des professionnels de santé (productivité, qualité, sécurité d'exploitation, sécurité au travail).

=> Pourquoi s'intéresser aux FHO ?

Chercher à comprendre, au-delà des choses évidentes, ce qui fait que des acteurs sur le terrain ont réussi leur mission alors qu'ils ont rencontré des difficultés. Chercher à comprendre pourquoi ils n'ont pas réussi comme prévu leur mission sans s'arrêter à des explications simplistes (ce ne sont pas de bons professionnels, ou ils ont encore fait une bourde !). Les explications « simplistes » sans analyse :

- Ne sont porteuses d'aucun progrès véritable.
- Masquent des causes plus profondes qui, si elles ne sont pas identifiées et éliminées, peuvent engendrer d'autres conséquences dommageables.



L'approche FHO de la sécurité au travail s'appuie sur :

- Les connaissances du fonctionnement de l'homme au travail en prenant en compte les notions de compétence, de capacité d'adaptation, d'initiative, de mécanisme de prise de décision, d'erreur humaine, de biais de raisonnement, de collectif de travail.
- Le fonctionnement du travail comme une matière vivante : variabilité du travail, écarts entre travail prescrit et travail réel, contraintes diverses, modèles d'organisation.

1. La sécurité est assurée au jour le jour par les agents qui travaillent sur le terrain, dans des installations à risques ou sur des chantiers. La dimension humaine est de fait une très forte composante de la fiabilité des systèmes de sécurité.
2. En cas d'accident, Il s'agit de se demander quelles ont été les conditions humaines et organisationnelles qui ont mené à l'accident.
3. Mieux prendre en compte les facteurs organisationnels et humains dans sa politique de sécurité, c'est agir sur 4 niveaux :
 - L'organisation et le management
 - Les collectifs de travail
 - Les situations de travail
 - Les individus

Objectif : favoriser le développement de comportements et améliorer la performance sécurité de l'ensemble de l'organisation.

Il faut agir sur 4 niveaux pour prévenir les FHO :

- Organisation et management : procédures, leadership, exemplarité, arbitrage.
- Collectifs de travail : esprit d'équipe, valeur sécurité, vigilance partagée.
- Situation de travail : état du matériel, conditions de travail, qualité des procédures.
- Individu : compétences, formation.

La prise en compte des Facteurs Humains et Organisationnels (FHO) ne se substitue pas à l'approche technique de la sécurité, elle la complète.

Sécurité = Robustesse d'un système de barrières de sécurité mêlant technique, humain, organisationnel.

Les facteurs humains sont l'étude et la mise en œuvre pluridisciplinaire des conditions qui favorisent une activité humaine efficiente et sûre. L'erreur humaine est une conséquence des situations dans lesquelles les opérateurs se trouvent. L'homme est un facteur de fiabilité faillible. L'être humain a des propriétés que l'on peut décrire et prendre en compte mais non modifier => 1er enjeu d'une approche facteurs humains. Les difficultés qui mettent le cerveau dans l'ambiguïté sont responsables de certains accidents. Une tâche simple en apparence peut devenir complexe lorsque l'on est confronté à une ambiguïté. Les situations ambiguës parfois banales peuvent représenter des sources de risques.

Nos perceptions sont influencées par nos représentations, nos expériences passées, notre environnement. On voit surtout ce que l'on cherche.

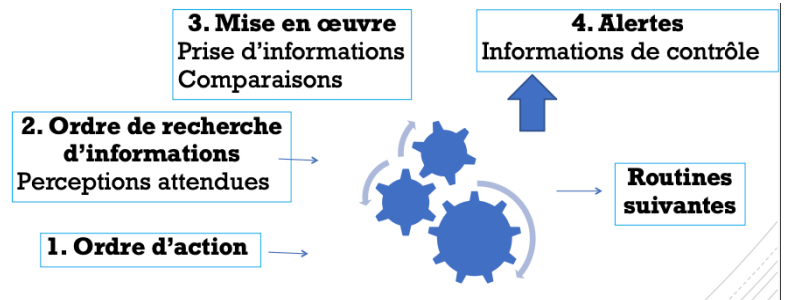
Les différentes mémoires :

- Mémoire immédiate : La totalité des informations n'est retenue qu'une fraction de seconde.
- Mémoire à court terme : Capacité très limitée, très sensible aux interruptions.
- Mémoire à long terme : Capacité infinie, n'est pas le reflet fidèle de chaque événement.

La représentation dépend de ce que l'on a à faire et de l'expérience de chacun. Les différences de représentations provoquent de nombreux malentendus.

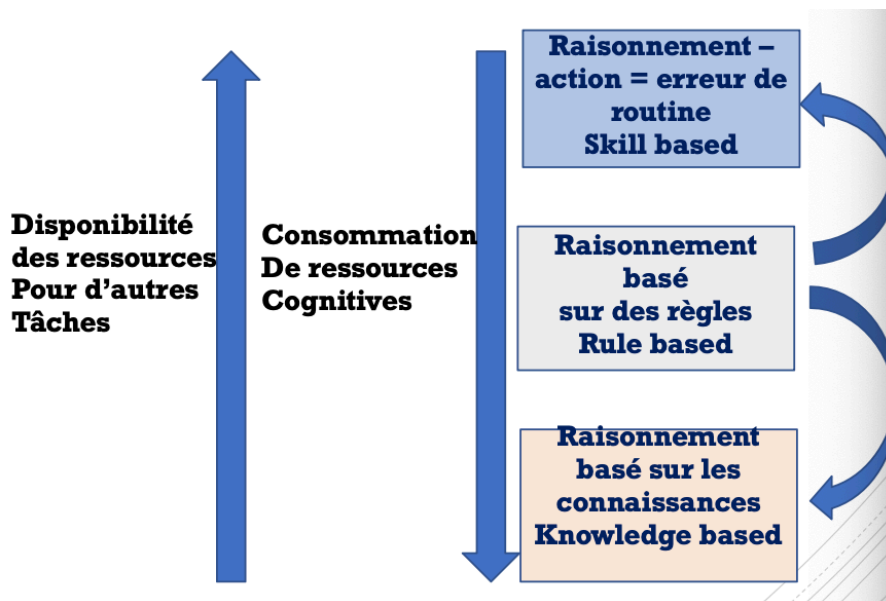
Diversité et variabilité : nous sommes tous différents (genre, âge, poids, taille, latéralité...), des différences liées à l'histoire de chacun (handicap, douleur, état de santé, histoire, formation..), chacun ne cesse de changer (fatigue, évènements pro ou perso, rythme biologique...). Si la conception ne prend pas en compte les différences il y a alors des difficultés de travail, erreurs, douleurs...

Il existe plusieurs types de raisonnement. Le raisonnement conscient est l'exception. La plupart des tâches sont exécutées par des routines. Les routines sont le trésor de l'expert, le résultat d'un apprentissage.



L'expert connaît alors une multitude de routines, ce sont des tâches automatisées. Une part des opérations est réalisée sous contrôle : le contrôle conscient est faible et les ressources cognitives libérées pour contrôler l'inhabituel.

Le modèle SRK (Skills, Rules, Knowledge) de Jens Rasmussen :



Les 2 vitesses de la pensée :

- Système 1 = mode de pensée rapide, instinctif et émotionnel
 - Mode par défaut de l'être humain
 - Permet la créativité
 - Associe intuitivement les informations à traiter
- Système 2 = mode de pensée lent et réflexif
 - Demande l'attention
 - Mode analytique qui puise beaucoup de ressources
 - Prend le relai du mode 1 pour des problèmes complexes

Les 2 systèmes sont utilisés par l'être humain lors des prises de décisions.

Les compromis cognitifs :

Une charge de travail absorbée provoque un développement de routines. Le raisonnement basé sur des routines permet une libération de connaissances cognitives. Les opérateurs effectuent une double supervision en parallèle. En permanence, des compromis entre efficacité globale du travail et exhaustivité du contrôle de chaque opération. Enjeu = identifier le niveau « juste suffisant » de contrôle de chaque opération.

Les différents types d'erreur selon Reason :

- Erreur de routine = raisonnement action, erreur dans les automatismes, confusions de perceptions, mise en difficulté d'une routine.
- Erreur de la mise en œuvre des règles = raisonnement basé sur les règles = erreur d'activation des connaissances.
- Erreur par manque de connaissance = raisonnement basé les connaissances

Les erreurs de routines sont fréquentes en situation de surcharge et de sous charge (attention peu focalisée). Elles sont rapidement détectées et facilement récupérées.

Les différents facteurs humains dans les erreurs :

- Information : non disponible, fausse, juste mais régulièrement fausse, contradictions entre informations permanentes et provisoires.
- Communication : ne pas communiquer, communiquer mais ne pas se comprendre.
- Etat des opérateurs : fatigue, motivation, attention et surveillance, anticipation, réduction de l'amplitude d'exploration, recours principal à des routines, diminution des interactions, stress (augmente risque de fixation et perte de recul), conséquences d'un évènement précédent, état des opérateurs affecté par des évènements douloureux.

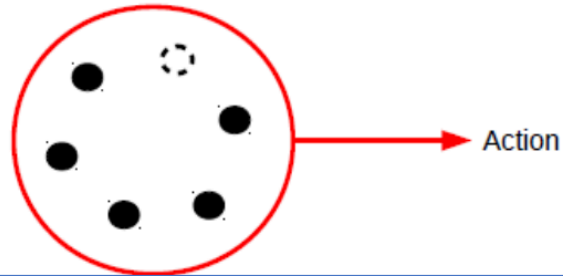
III. Les biais cognitifs

Un biais cognitif est une façon de penser qui influence le raisonnement et la prise de décision, entraînant parfois des jugements erronés. Ils peuvent entraver la capacité de poser un diagnostic ou une évaluation de la situation juste. Les biais cognitifs ne sont généralement pas conscients.

- Biais d'ancrage, fixation, effet tunnel : effet d'ancrage : le résultat calculé mentalement varie selon le contenu de l'énoncé.
- Biais de similarité :
 - Les conditions de l'action sûre peuvent – être incomplètement détectées. Des schémas d'action peuvent s'activer sur la base de déclencheurs approximatifs ou incomplets. La familiarité peut exposer aux risques.
 - La situation appelle une solution qui appartient à un cas similaire mais différent.
- Biais de confirmation :
 - Une plus grande importance est donnée aux informations qui vont dans le sens des attentes.
 - Biais très puissant et qui peut donner une vision parcellaire au problème à résoudre.
- Biais d'attribution
- Biais d'autorité


- Biais d'illusion de contrôle
- Biais de survie
- Dynamique de group
- L'effet jour J

- Les conditions de l'action sûre peuvent être incomplètement détectées
- Des schémas d'action peuvent s'activer sur la bases de déclencheurs approximatifs ou incomplets (Minsky, 1975)
- La familiarité peut exposer aux risques




- Biais de similarité :

Problème : décoincer la drisse en tête de mât




Sélection 37 ; 11 mètres ; 3.500 kg



Caravelle ; 4m60 ; 200 kg

La situation appelle une solution qui appartient à un cas similaire mais différent

- Biais de confirmation :



- GPS cable disconnected during maintenance
- GPS switched silently to DR mode
- Mode change not noticed by crew
- From there on, wrong position awareness

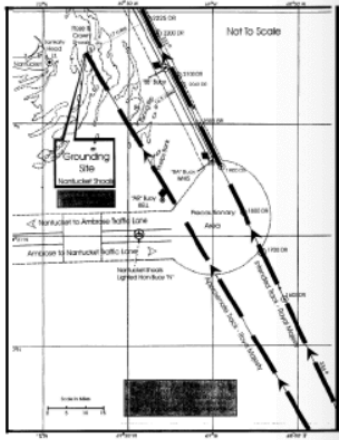
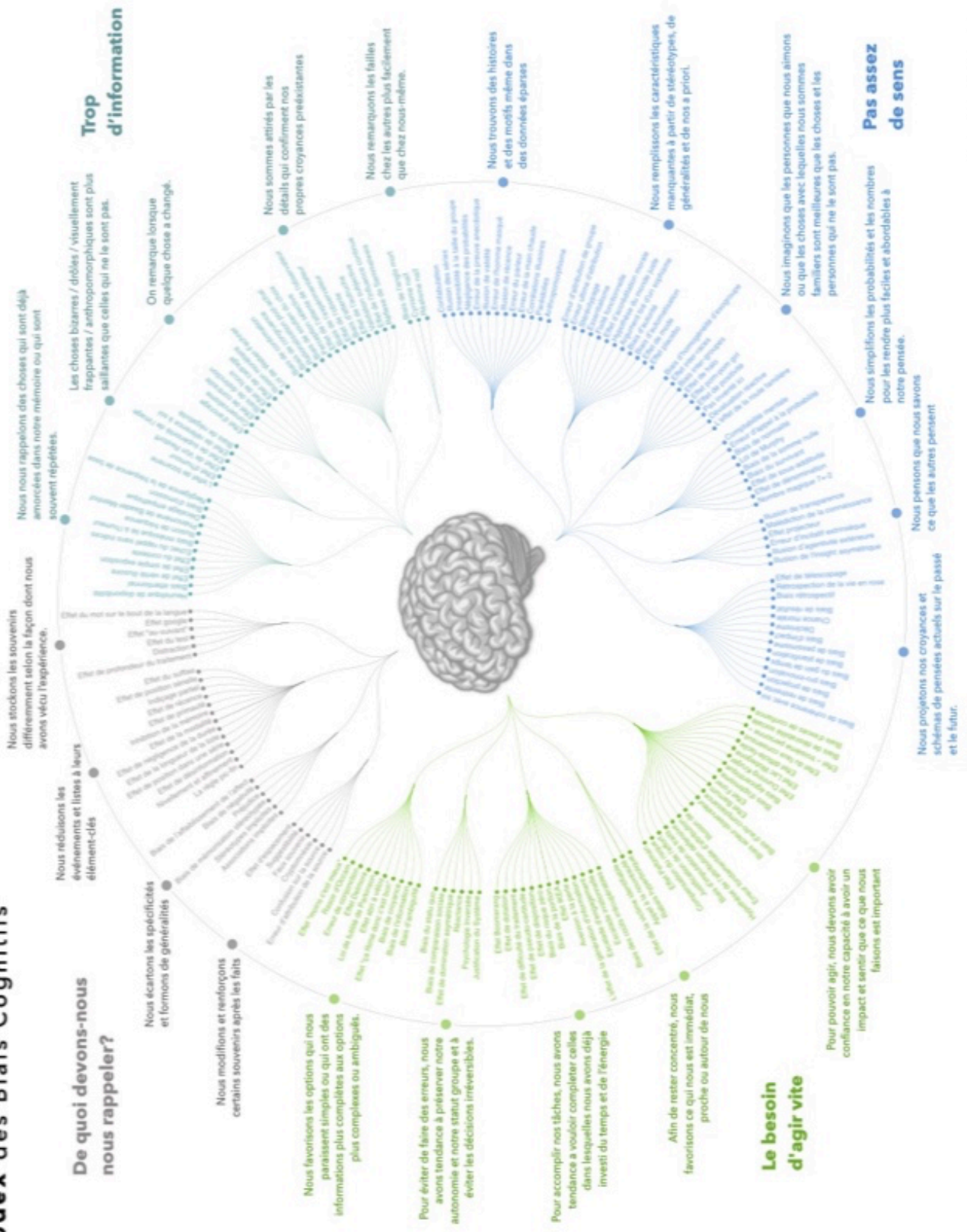


Figure 6-Intended track and approximately actual track.

Une plus grande importance est donnée aux informations qui vont dans le sens des attentes

Codex des Biais Cognitifs



Adaptation - contournement - violation => savez-vous faire la différence entre ces 3 notions ?

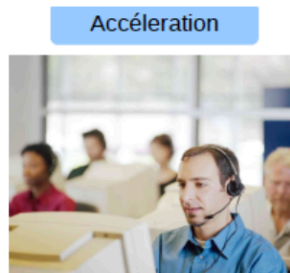
1. Adaptation :

- Pas d'écart au prescrit.
- Pas d'atteinte à une fonction majeure.
- Plusieurs variantes : restrictions / créations / extensions / réparations.



2. Contournement : Accélérer ou faciliter l'atteinte de l'objectif.

- Il existe un écart au prescrit mais pas d'atteinte à une fonction majeure.
- Plusieurs variantes : accélération, facilitation.



Exemple : Ne pas remplir de ticket de maintenance et aller voir l'administrateur informatique



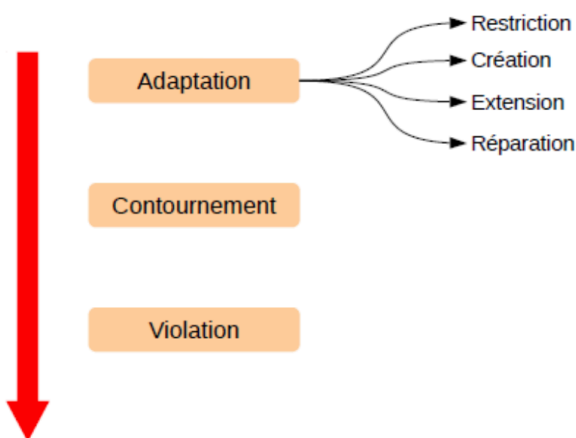
Exemple : Ne pas se prendre la tête avec les détails :-)

3. Violation : permettre ou améliorer l'atteinte de l'objectif :

- Ecart au prescrit
- Atteinte à une fonction majeure



Exemple : Tourner avec le carter ouvert



Les contraintes augmentent
Les opportunités de récupération diminuent

Adaptations, contournements, violations sont des réponses à des conditions défavorables. Les conditions de travail défavorables proviennent de compromis avec pertes : des arbitrages. Ces arbitrages ne sont pas toujours détectés ou outillés.

IV. Facteurs organisationnels

Les difficultés des opérateurs qui ne leur ont pas permis de réagir de la meilleure façon sont souvent à mettre en lien avec des facteurs organisationnels. Ces facteurs concernent :

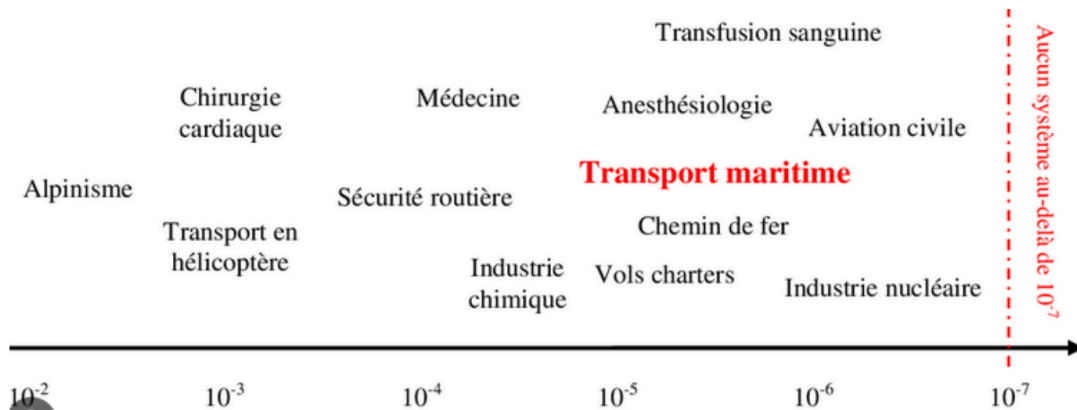
- Les interactions entre les services
 - Les interactions entre managers et équipes
 - La structure organisationnelle
 - Les collectifs et leurs fonctionnements
 - Les relations de l'organisation avec son environnement
-
- Organisation complexe : organigramme complexe.
 - Gestion documentaire défaillante : procédures peu suivies car inadaptées, trop nombreuses.
 - Conception de systèmes techniques sans réflexion sur le travail futur : difficultés d'utilisation du matériel.
 - Ressources insuffisantes ou pas maintenues dans le temps : objectifs pas en rapport avec ressources allouées.
 - Relations tendues entre services : lutte de pouvoir, conflits d'intérêts, mise en compétition.
 - Silence organisationnel :
 - Pas de prise en compte du retour d'expérience et des lanceurs d'alertes
 - Politique de sanctions
 - Pas de traitement des situations dangereuses
 - Politique industrielle de sous-traitance : défaut de circulation des informations entre donneur d'ordre et sous-traitant
 - Indicateurs trompeurs : basés sur fréquence (focalisation sur risques bénins).
 - Cloisonnement des collectifs : contre pouvoirs et rétention d'information.
 - Affaiblissement du collectif et esprit d'équipe faible : pas de vigilance partagée au sein de l'équipe, mauvaise gestion du changement générationnel.
 - Culture du doute absente : entraîne une illusion de maîtrise des risques, entraîne une vigilance moins forte sur la sécurité.
 - Pressions productives
 - Défaillance des organismes de contrôle : pas de garantie des standards et des exigences en matière de sécurité.

FHO : ce qu'il faut retenir :

- Être humain comporte des propriétés non modifiables. Ces propriétés sont à prendre en compte dans les conceptions techniques et les organisations.
- Les enjeux en matière de sécurité :
 - Eviter les situations d'ambiguïté
 - Respecter les stéréotypes perception/ action
 - Pas de sécurité sur mémoire à court terme
 - Reconnaître la diversité des représentations d'une même situation
 - Concevoir pour des humains divers et variables
 - S'intéresser aux facteurs organisationnels autant qu'aux facteurs humains

V. Sécurité réglée, sécurité gérée

La santé est-elle un système sûr ? Les différents secteurs d'activités fonctionnent-ils sur le même modèle de sécurité ?

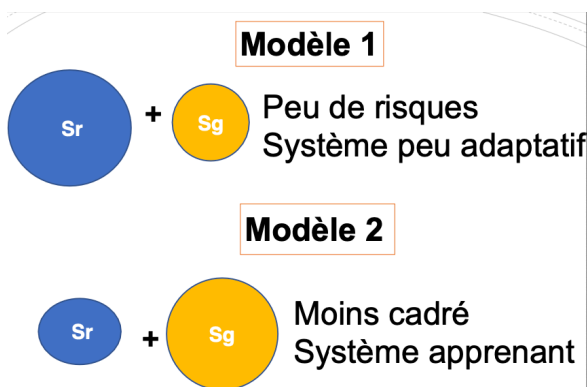
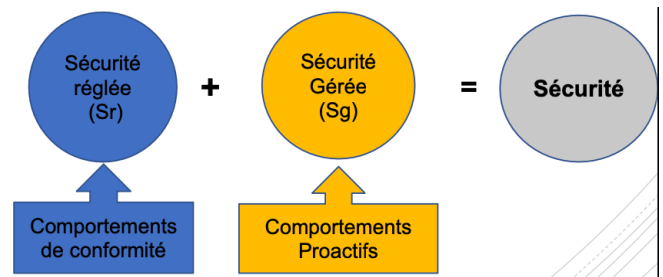


Sécurité réglée : L'organisation édicte des règles et des procédures afin de garantir la sécurité : c'est la sécurité réglée. Elle valorise la conformité aux règles.

Sécurité gérée : En situation réelle, les règles ne sont pas toujours transposables. Sur le terrain face à certaines situations, les opérateurs font appel à leurs compétences pour réagir de façon appropriée : c'est la sécurité gérée. Elle permet une certaine marge de manœuvre aux opérateurs pour gérer au mieux les situations suivant le contexte.

Le travail ne doit pas être laissé au hasard : il y a des procédures, il faut donc adopter des comportements de conformité, expertise avec des barrières techniques.

Suivre les procédures est insuffisant car il y a des imprévus, il est donc nécessaires d'adopter des comportements d'adaptation et avoir des capacités d'apprentissage et des compétences.



Il n'existe pas de mauvais système mais celui que l'on a décidé d'avoir dans un univers donné et pour le meilleur des compromis.

VI. Les attitudes de sécurité

Cf modèle de Reason, barrières de défense.

Les attitudes de sécurité sont des pratiques de fiabilité des activités humaines qui permettent au quotidien de prévenir les accidents. Il s'agit d'outils individuels et d'outils collectifs. Ces pratiques demandent généralement peu de moyens mais sont efficaces dans la prévention des risques.



a. L'interruption de tâches (IT)

« L'Interruption de tâches (IT) est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'IT induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale. » *Guide HAS, l'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, 2016.*

Les interruptions de tâche sont socialement perçues comme un fonctionnement normal auquel les professionnels se sont habitués. Les sources d'IT sont multiples (appels téléphoniques, discussion, bruit, activité multitâche, etc.), souvent de courte durée et le plus souvent induites par des membres de l'équipe. Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress, ainsi que des erreurs. Leur gravité augmente avec la fréquence des interruptions de tâche.

Il existe des outils pour faciliter la maîtrise des IT :

Prévenir les interruptions de tâche

- Facteurs humains et organisationnels**
 - ▶ Rationaliser les étapes
 - ▶ Identifier les étapes à risque
 - ▶ Sensibiliser les équipes
 - ▶ Agir sur les sources
- Repérage de la personne à ne pas interrompre**

Ne pas déranger

INTERDIT D'ARRÊTER DE TRAVAILLER

Gérer les interruptions de tâche

Repérer le point précis de l'IT

Aide Mémoire
Je suis interrompu(e) dans la préparation des injectables

Patient _____

Produit _____

- Collecte du médicament
- Reconstitution
- Calcul de dose _____
- Dilution _____
- Étiquetage

Si doute
✓ vérification finale

Si inconnu
✓ reprise de la procédure

- Lors des soins à risque : Confier le téléphone à un autre professionnel qui ne réalise pas une activité à risque.
- S'isoler pour la préparation de certains soins qui demandent attention, précision et contrôle.
- Matérialiser la zone de soins à risque ou le professionnel concerné par une activité à risque.
- Aménager l'espace, éviter le bruit, les alarmes

=> Comment agir face aux IT ?

Les outils proposés ne suffisent pas à eux seuls, le facteur humain et organisationnel et la culture de sécurité de l'équipe sont des axes sur lesquels il faut agir.

Faire un état des lieux des IT devrait permettre de repérer

les situations à risque, les auteurs des IT, les motifs, et de décrire l'environnement de travail.

Les solutions doivent être adaptées au contexte et à la culture de l'équipe et elles doivent être décidées en équipe.

b. SAED : situation, antécédents, évaluation, demande

Le SAED est un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé. Il s'agit d'un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.

L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

S	<p>Je décris la Situation actuelle concernant le patient :</p> <p>Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité</p> <p>Je vous appelle au sujet de : M/Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</p> <p>Car actuellement il présente : motif de l'appel</p> <p>Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</p>
A	<p>J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :</p> <p>Le patient a été admis : date et motif de l'admission</p> <p>Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...</p> <p>Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc.</p> <p>Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : labo, radio, etc.</p> <p>La situation habituelle du patient est : confus, dououreux, etc.</p> <p>La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours</p>
E	<p>Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :</p> <p>Je pense que le problème est : ...</p> <p>J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</p> <p>Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave</p> <p>Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</p>
D	<p>Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :</p> <p>Je souhaiterais que : ...</p> <p>par exemple :</p> <p>Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?</p> <p>ET</p> <p>Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?</p>
<p>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</p>	

c. La Check-list

De façon générale, une check-list vise à diminuer les risques liés à une activité (exemple : check-list aéronautique avant décollage).

En santé, la HAS a créé en 2011 une Check-list : « sécurité du patient au bloc opératoire » visant à diminuer les risques liés à une intervention chirurgicale. Cet outil propose de questionner 11 points de vigilance. Depuis, de nouvelles check-list liées à d'autres activités à risque en santé ont vu le jour :

- Radiologie interventionnelle
- Endoscopie
- Chimiothérapie

La check-list n'est efficiente que si elle est correctement utilisée = réalisée de manière collégiale et concertée entre les différents professionnels de santé et avec le patient (ou ses parents) avant, pendant et après l'intervention. La check-list ne doit pas être remplie comme un formulaire administratif, « vidé de son sens et sans la participation de tous les membres de l'équipe ». Les professionnels de santé « doivent se l'approprier, si nécessaire l'adapter, et la réaliser de manière concertée avant, pendant et après l'intervention chirurgicale ».

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte Oui Non*
- L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal Oui Non*

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
 - idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique Oui Non*
 - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle Oui 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 Oui 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) Oui Non* 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 Oui Non*
 - pour la partie anesthésique Oui Non* N/A
 - Acte sans prise en charge anesthésique N/A

6. Le patient présente-t-il un :
 - risque allergique Non Oui*
 - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque Non Oui* N/A
 - risque de saignement important Non Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

7. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE
 - identité patient confirmée Oui Non*
 - intervention prévue confirmée Oui Non*
 - site opératoire confirmé Oui Non*
 - installation correcte confirmée Oui Non*
 - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) Oui Non* N/A

8. 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 opérationalité, etc.) Oui Non*
 - sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) Oui Non* N/A

9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement Oui Non* N/R

La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement Oui Non* N/A

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
 - de l'intervention enregistrée Oui Non*
 - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. Oui Non* N/A
 - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. Oui Non* N/A
 - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Oui Non* N/A

Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A

11. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient Oui Non*

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *

ATTENTION SI ENFANT !

- ▶ Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- ▶ Autorisation d'opérer signée.
- ▶ Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- ▶ Prévention de l'hypothermie.
- ▶ Seuls d'alerte en post-op/décès.

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

→ DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision

NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? Retard Annulation

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de vérifier les items de la check-list : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification a été faite ensemble en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées « Oui » ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; NR : Non Recommandé pour cette intervention

d. Pré job briefing

Objectif : se préparer à l'action, anticiper les problèmes.

Quand : juste avant une intervention et /ou à la suite d'une interruption significative.

Les points clés à aborder :

- Le résultat attendu

- La répartition des tâches et responsabilités
- Les risques y compris le pire
- Les étapes critiques (engagement fort)
- Les parades y compris les pratiques de fiabilité
- Le rappel des évènements passés

Se réalise en équipe, mais aussi seul (auto-briefing).

e. Contrôle croisé

Objectif : garantir la bonne exécution d'une action critique

Quand : avant une action critique

Comment : deux professionnels : N° 1 fait et N° vérifie :

- N° 1 indique l'action à mener (voix et ébauche de geste)
- N°2 vérifie et donne son accord
- N°1 exécute l'action sous l'œil attentif de N°2

Si plusieurs actions sont à mener pour préparer le système à une phase critique, il est possible de s'aider d'une check-list.

f. Auto-contrôle

Objectif : garantir l'adéquation entre action à mener et matériel utilisé.

Quand : avant chaque nouvelle action sur l'installation.

Comment : en parlant (pas seulement en y pensant) => l'opérateur lit à haute voix l'action à mener + il identifie le matériel et lit à haute voix (les consignes, les étiquettes...).

NB s'il s'agit d'un nombre, énoncer chaque chiffre avant d'énoncer le nombre (limite les erreurs d'inversion) : « préparer un soluté avec 25 mg, 2-5, de... ».

g. Débriefing

Objectifs :

- Capitaliser l'expérience acquise pendant l'activité
- Identifier les problèmes rencontrés et les améliorations possibles

Quand : le plus tôt possible suite à une intervention.

Comment :

- Utiliser un guide de débriefing approprié à l'activité.
- Débriefing en équipe complète, y compris (si approprié) avec le personnel préparant le matériel mais n'intervenant pas.
- Garder une trace écrite simple pour la constitution d'une base de données.