

ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES

IMS Pellegrin

CHU de Bordeaux



## **LA CHECK-LIST D'OUVERTURE DE SALLE D'INTERVENTION**

Sylvie TOINARD

Promotion 2002-2004



Remerciements à Rose-Marie Bengue et  
Valérie Barthélémy pour leur patience,

## Résumé

Un cas clinique nous montre comment un incident matériel aurait pu être contré par la check-list d'ouverture de salle d'intervention. Cette situation m'a amenée à m'interroger sur cet outil qui semble être un élément incontournable participant à la sécurité du patient.

Une recherche documentaire permet de resituer la check-list dans un cadre réglementaire, de recenser les recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation à son sujet et un contenu correspondant au minimum vital est défini. L'éclairage théorique cible les différents acteurs qui gravitent autour de cette check-list ainsi que la façon dont ils la perçoivent. Leur responsabilité est de ce fait engagée.

Son utilité dans le domaine de la matériovigilance, de la démarche d'assurance qualité au sens large est reconnue.

Une analyse de la situation rencontrée au regard de l'apport théorique conduit à proposer une adaptation en équipe de la check-list pour une prise en charge optimale du patient en tenant compte des contraintes liées à la chirurgie mais aussi à l'organisation institutionnelle.

## Liste des sigles utilisés

- CL** : Check-List
- IADE** : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
- MAR** : Médecin Anesthésiste Réanimateur
- PTC** : Post-Tetanic Count
- SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation
- SSPI** : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
- TA** : Tension Artérielle
- TOF** : Train Of Four

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	p 1
<b>1<sup>ère</sup> partie : Présentation du travail</b> .....	p 2
<b>A. Cas concret et synthèse du dossier clinique</b> .....	p 2
1. <u>Patient, chirurgie et anesthésie</u> .....	p 2
2. <u>Préparation de la salle</u> .....	p 2
3. <u>Accueil et installation du patient</u> .....	p 2
4. <u>Induction</u> .....	p 3
5. <u>Entretien</u> .....	p 3
6. <u>Réveil</u> .....	p 3
<b>B. Problématique et motivations professionnelles</b> .....	p 4
<b>2<sup>ème</sup> partie : Synthèse de la recherche documentaire</b> .....	p 5
<b>A. Définition de la check-list</b> .....	p 5
<b>B. Cadre réglementaire de la check-list et responsabilité</b> .....	p 5
1. <u>Décret n°94-1050 du 05 décembre 1994</u> .....	p 5
2. <u>Arrêté du 03 octobre 1995</u> .....	p 6
3. <u>Recommandations de la SFAR</u> .....	p 6
a) <i>Concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation</i> .....	p 6
b) <i>Concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie</i> .....	p 6
c) <i>Concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie...</i>	p 7
4. <u>Responsabilité du médecin anesthésiste et de l'IADE</u> .....	p 7
a) <i>Responsabilité du médecin anesthésiste</i> .....	p 7
b) <i>Responsabilité de l'IADE</i> .....	p 7
<b>C. Le contenu et le vécu de la check-list</b> .....	p 8
1. <u>Le contenu</u> .....	p 8
2. <u>Le vécu des utilisateurs</u> .....	p 8
<b>D. Sécurité du matériel d'anesthésie</b> .....	p 8
1. <u>La matériovigilance</u> .....	p 9
2. <u>La démarche qualité</u> .....	p 10
<b>3<sup>ème</sup> partie : Analyse comparative</b> .....	p 11
<b>A. Comparaison avec le cas clinique</b> .....	p 11
<b>B. Comparaison avec la pratique courante</b> .....	p 11
<b>Conclusion</b> .....	p 13
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	

## Introduction

La première tâche qui incombe aux infirmières anesthésistes lors de leur prise de poste, pour l'ouverture d'une salle, est la vérification du matériel et de l'appareil d'anesthésie. Cette pratique utilise un outil appelé **check-list**.

Elle est mise en place depuis une dizaine d'années, en réponse à un nombre trop important d'incidents d'anesthésie mettant en cause une défaillance de matériel.

Elle constitue donc un élément de sécurité non négligeable, à condition toutefois de répondre à certaines exigences réglementaires et organisationnelles.

A partir d'un cas concret rencontré au cours de la formation d'infirmière anesthésiste, nous mettrons en relief une insuffisance liée à la check-list. Un éclairage théorique adapté à la problématique extraite de la situation nous permettra de proposer une analyse comparative avec la pratique courante.

## **1<sup>ère</sup> partie : présentation du travail**

### **A. Cas concret et synthèse du dossier clinique**

#### **1. Patient, chirurgie et anesthésie**

Mr. Y, 73 ans, 1 m 80, 75 Kg, doit bénéficier ce jour à 7h30, d'une cholécystectomie, intervention programmée par laparotomie et habituellement de courte durée.

Le compte-rendu de la consultation d'anesthésie révèle un diabète insulino-dépendant équilibré par une injection d'insuline matin et soir ainsi qu'un angor stable traité par bêta-bloquant.

Une prémédication, à administrer 1 heure avant l'intervention, par midazolam per os a été prescrite.

Le service signale qu'une échographie cardiaque était prévue avant l'intervention et que le MAR vient de l'annuler.

#### **2. Préparation de la salle**

La préparation de la salle et la check-list d'ouverture sont pratiquées par l'infirmière anesthésiste et moi-même.

Le protocole d'anesthésie (Diprivan®, Sufenta®, Tracrium®), est préparé.

#### **3. Accueil et installation du patient**

Le patient est accueilli par les équipes chirurgicale et anesthésique. A sa demande, le MAR lui explique pourquoi il n'a pas eu son examen. Il est installé ensuite sur la table d'intervention, monitoré et la voie veineuse périphérique est posée. Ses paramètres de référence indiquent une tension artérielle à 150/90 mmHg et une fréquence cardiaque à 55 bpm.

L'installation terminée, le médecin décide de monitorer la curarisation afin de limiter la dose de curare administrée.

Le moniteur ne se trouve pas dans la salle, il est recherché par l'infirmière anesthésiste qui le trouve après 10 minutes. Il est branché sur le patient. Avant de débiter l'induction, le MAR allume l'appareil mais celui-ci ne fonctionne pas, en raison d'un défaut de piles.

L'IADE part chercher des piles neuves en SSPI située à proximité.



Pendant la recherche, la pré-oxygénation a débuté, puis, le curaromètre devenu fonctionnel, l'anesthésie commence.

#### 4. Induction

Le MAR injecte le morphinique (Sufentanil 40µg), puis l'hypnotique (Propofol 200mg). Le patient perd conscience. Ses pupilles sont en myosis, ses yeux centrés puis il est en apnée.

Pour ventiler le patient avant la curarisation, l'IADE introduit une canule oro-pharyngée n° 3 dans la bouche de Mr. Y. Celui-ci s'agite alors aussitôt et bouge les jambes. L'anesthésiste réinjecte aussitôt 100 mg de Propofol. Le patient s'apaise, la ventilation se poursuit et le Tracrium® est injecté. Lorsque le curaromètre indique une curarisation pour l'intubation, le patient bénéficie d'une intubation oro-trachéale avec une sonde de calibre 7,5.

#### 5. Entretien

La narcose est entretenue avec du Sévorane®. L'analgésie se poursuit avec du Sufenta® en réinjections de 5 à 10 µg à des intervalles de 30 minutes environ, selon la variation des paramètres de Mr. Y. La curarisation est renouvelée par une injection de 10 mg de Tracrium® à la réapparition de la 5<sup>ème</sup> réponse au PTC.

Durant l'intervention, la TA de Mr. Y. varie beaucoup et finit par se stabiliser autour de 100/60 mmHg pour une fréquence à 50 bpm, après que l'IADE ait augmenté à plusieurs reprises la concentration de gaz et obtenu une fraction expirée d'halogéné à 2,4 %. Au total, outre le Sévorane®, il a consommé 55 µg de Sufenta®, et 50 mg de Tracrium®.

A la fin de l'intervention, l'analgésie post-opératoire a été anticipée avec du Perfalgan®, le curaromètre indique un rapport T4/T1 au TOF de 60 % et le patient est emmené, dans son lit, en SSPI.

#### 6. Réveil

Mr. Y. est installé et monitoré, le moniteur de curarisation indique maintenant un rapport T4/T1 à 70%. Soudain le patient s'agite, voulant s'asseoir et obligeant l'infirmière de SSPI à l'extuber pour ne pas qu'il se blesse. Celle-ci lui indique que l'intervention est terminée et qu'il se trouve en salle de réveil. Le curaromètre est alors enlevé par l'aide soignante de SSPI, désinfecté et rangé dans un placard.

## **B. Problématique et motivations professionnelles**

A l'accueil, le patient est - supposons le - dans un état d'anxiété induit par l'intervention. Viennent se rajouter à ce stress, l'inquiétude de ne pas avoir eu son échographie cardiaque et les défaillances matérielles qui, en prolongeant l'attente de Mr. Y., ont peut être augmenté d'un degré supplémentaire la situation d'hyperadrénergisme dans laquelle il devait se trouver. Dans ce contexte, l'incident concernant le moniteur de curarisation n'aurait-il pas majoré les réactions du patient aux stimulations nociceptives ? N'est-il pas également responsable, en partie, de sa surconsommation d'agents anesthésiques et de son réveil mouvementé ?

C'est une situation qui pouvait s'avérer dangereuse sur le terrain coronarien de cet homme.

Outre les répercussions sur le malade, il y a eu dans ce cas concret une perte de temps à rechercher, d'une part le curaromètre, d'autre part les piles neuves.

Il est important de signaler que le curaromètre ne figure pas sur la CL d'ouverture de salle d'intervention (annexes I et I bis). Selon l'équipe anesthésique, il est peu utilisé mais peut l'être par les trois salles dépendantes de la salle de réveil située à proximité.

C'est pourquoi, il figure sur celle de SSPI qui ouvre à 8h.

Dans ce dossier, la CL semble être mise en défaut. Par l'absence du curaromètre, il s'est avéré qu'elle n'était peut-être pas complète. Ma démarche, en temps que future professionnelle en anesthésie, est de rechercher des informations sur cet outil et sur son contenu. De plus, la standardisation d'un tel document sur tous les sites d'anesthésie ne sécuriserait-elle pas, cette procédure ?

Cette expérience m'interpelle sur les causes et les conséquences que peuvent avoir les incidents survenant au décours de l'anesthésie. La CL d'ouverture de salle d'intervention est le premier acte que fait l'infirmière anesthésiste à sa prise de poste. A mes yeux, c'est un des éléments essentiels de la sécurité anesthésique. Elle s'inscrit également dans un processus de démarche qualité.

## **2<sup>ème</sup> partie : synthèse de la recherche documentaire**

L'étude de Cooper aux Etats Unis, indique qu'au début des années 80, un certain pourcentage d'accidents d'anesthésie est imputable à une défaillance de matériel (Desmonts, 1992). Il en va de même en France, dans une enquête menée par l'INSERM en 1983 (Hatton, 1983). Un rapport du haut comité de la santé publique annonce que « ...72% des accidents per-opératoires - d'origine respiratoire - auraient pu être détectés plus sûrement et plus rapidement par un monitoring instrumental approprié » (Haut Comité de la Santé Publique, 1993).

Par ailleurs, parmi les facteurs d'accidents les plus fréquemment retrouvés, il y a l'absence (Desmonts, 1992) ou la mauvaise vérification du matériel d'anesthésie (Giuffrè, 1995).

En réponse à ces résultats, un décret en 1994 ainsi qu'un arrêté en 1995 établissant des normes obligatoires en anesthésie-réanimation ont été publiés au journal officiel de la république française. Pour être en conformité avec ces textes, la SFAR recommande l'emploi d'une feuille d'ouverture de salle pour la vérification du matériel d'anesthésie avant son utilisation (SFAR, 1994 et 1995).

### **A. Définition de la check-list**

« Liste des vérifications à effectuer avant la mise en marche d'un appareil »  
(Hachette, 1980).

« Il s'agit de vérifier l'aptitude technique d'une salle d'anesthésie à fonctionner...C'est une méthode théorique qui donne lieu à l'élaboration d'un guide rédigé en fiches »  
(Lucquiaud, 1992).

### **B. Cadre réglementaire de la check-list et responsabilité**

#### **1. Décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994**

(Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994)

Ce décret indique que pour toute anesthésie, « les moyens nécessaires à sa réalisation » devront être mis en œuvre. Il ajoute que, sous la responsabilité du MAR, le patient devra bénéficier du matériel adapté au protocole anesthésique et à la surveillance et/ou suppléance des fonctions cardio-vasculaire et respiratoire.

## 2. Arrêté du 03 octobre 1995

(Ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie, 1995)

Cet arrêté apporte une précision au sujet des matériels et dispositifs médicaux (consommables et dispositifs à usage unique explique la SFAR dans sa lettre n° 15) cités dans le décret n° 94-1050. Ils doivent « faire l'objet d'une vérification de leur bon état et de leur fonctionnement avant utilisation sur les patients ... avant le début de chaque anesthésie ». Il y est écrit que « mention en est faite sur un registre contresigné par l'anesthésiste-réanimateur ».

## 3. Recommandations de la SFAR

### *a) Concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation (SFAR, 1994)*

Ce texte décrit l'appareil et le système d'anesthésie, l'alimentation en gaz frais et les dispositifs de sécurité et de surveillance qui y sont rattachés. Il énonce les alarmes indispensables au dépistage d'éventuelles complications. Il énumère également toutes les procédures de vérification devant être faites avant utilisation.

Il précise que « le médecin anesthésiste-réanimateur dispose d'un équipement dont il connaît et vérifie la composition et le fonctionnement avant chaque utilisation en se référant à une CL ».

Il rappelle que « la conservation d'une trace écrite de cette vérification témoigne de la bonne gestion du matériel » et qu'« elle permet en outre de transmettre des informations aux utilisateurs suivants ainsi qu'au technicien assurant l'entretien ».

### *b) Concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie (SFAR, 1995)*

Ces recommandations indiquent avec précision le matériel et monitoring devant se trouver sur le lieu de l'anesthésie. Ceux-ci permettent la prise en charge et la surveillance des fonctions cardio-vasculaire et respiratoire, de la thermorégulation et de la « transmission neuromusculaire ».

Il y est également écrit que « le médecin n'utilise que du matériel qu'il connaît et qu'il vérifie avant chaque utilisation ».

*c) Concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie  
(SFAR, 1994)*

Ce référentiel nous rappelle que « la surveillance du patient porte sur l'oxygénation, la ventilation, la circulation, ainsi que la profondeur de l'anesthésie ou de la sédation et le cas échéant de la curarisation ». « Le monitoring de la transmission neuro-musculaire à l'aide d'un stimulateur de nerf » y est également recommandé.

Mention est encore faite de la vérification du matériel avec une CL avant utilisation.

4. Responsabilité du médecin anesthésiste et de l'IADE

*a) Responsabilité du médecin anesthésiste*

En référence au décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994, à l'arrêté du 03 octobre 1995 et aux recommandations de la SFAR de 1994 et 1995, le médecin est responsable de la vérification de présence et de fonctionnement du matériel nécessaire à l'anesthésie du patient. Il doit également contresigner la CL faisant état de cette vérification.

*b) Responsabilité de l'IADE*

Le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles nous informe dans l'article 29 que l'infirmier(e) « vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise » (Ministère de la santé et de l'action humanitaire, 1993).

La SFAR précise quant à elle, dans le rôle de l'IADE, la responsabilité de gestion de l'IADE dans « la maintenance et la vérification quotidienne, au moyen de la liste correspondante, recommandée par la SFAR, de l'état de fonctionnement et de la stérilisation du matériel... » (SFAR, 1995).

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002, signale que « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ... visant à identifier les risques et à assurer ... la sécurité de la personne et de son environnement ... » (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002).

Enfin, d'après l'arrêté de formation des infirmier(e)s anesthésistes du 17 janvier 2002, « la préparation et procédure de contrôle des sites d'anesthésie et de surveillance post-interventionnelle » fait partie des enseignements pratiques et dirigés de la première année de formation (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002).

En résumé, il s'agit d'une co-responsabilité entre le MAR et l'IADE et, comme le précise Mr. Desmonts : « L'infirmier anesthésiste travaille sous la responsabilité du médecin. Devant une faute de sa part, le médecin sera toujours impliqué, mais la responsabilité de l'infirmier sera reconnue également dans le champ de sa compétence. Par exemple, dans un dossier, il y a eu surdosage en fluothane lors de l'anesthésie d'un enfant parce que l'appareil était mal monté. Le médecin a été impliqué bien qu'absent, mais, la vérification des circuits incombant à l'infirmier, l'infirmière a aussi été condamnée » (Pasquet, 1995).

## **C. Le contenu et le vécu de la check-list**

### **1. Le contenu**

Pour la vérification de l'appareil d'anesthésie, la SFAR recommande l'utilisation de sa CL (annexe II).

Les points importants de la CL sont représentés sur le schéma présenté en annexe III (Durand, 1996).

### **2. Le vécu des utilisateurs**

« L'adhésion des personnels à la CL reste encore insuffisante » (Laboutique, 1997).  
« Certaines procédures sont effectuées mais non validées par écrit. Le manque de temps, l'omission et le support écrit mal adapté sont les raisons invoquées » (Cornuault, 1997).  
Cette inadaptation de l'outil est également décrite par Mr. Durand (Durand, 1996).

Sa réalisation est jugée « contraignante » et bien que prenant « moins de 15 min », elle est parfois décrite comme « trop longue » (Lecat, 1997). D'où la « nécessité d'intégrer le temps de vérification du matériel dans l'organisation du programme opératoire. La mauvaise organisation des horaires d'ouverture de salle conduisant à bâcler les procédures de vérification par manque de temps, voire même à ne pas les effectuer du tout » (Denis, 1997).

Elle est vérifiée par les IADE en majorité, qui « souhaiteraient une implication plus forte des médecins pour sa réalisation, avec au moins, une prise de connaissance de la vérification faite par l'IADE » (Lecat, 1997).

## **D. Sécurité du matériel d'anesthésie**

« La sécurité en anesthésie est la résultante d'une combinaison de facteurs techniques et humains qui convergent vers un même but : anticiper, prévoir et réduire au

maximum le risque. Car le risque zéro n'existe pas dans cette discipline. Parce que les techniques, aussi sophistiquées soient-elles, ne sont pas infaillibles. Et parce que les hommes qui les manipulent, aussi compétents soient-ils, restent faillibles. Il est important d'en avoir conscience et de mettre en place les garde-fous capables de limiter les dérapages et les erreurs » (Fucks, 1994). La CL est un des éléments assurant la sécurité anesthésique.

## 1. La matériovigilance

Dans le décret du 15 janvier 1996, relatif à la matériovigilance :

« La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux ... après leur mise sur le marché. Elle comporte :

- le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques d'incidents ;
- l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention ;
- la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- la réalisation et le suivi des actions correctives décidées » (Ministère du travail et des affaires sociales, 1996).

« A partir de CL, les infirmiers anesthésistes doivent contrôler et tester l'ensemble du matériel à chaque intervention et prendre la décision d'exclure et de remplacer tout appareil présentant le moindre dysfonctionnement ... avec une CL au maximum d'efficacité, nous pouvons espérer supprimer environ 64 % des dysfonctions de matériel » (Fucks, 1994). C'est « un protocole écrit et présenté sous forme de cahier, qui permet de promouvoir une vérification faite de la même façon par tout le monde, ..., de colliger toutes les pannes inhérentes à un certain type de matériel ... et de prouver à toute fin utile que le matériel est correctement géré . C'est un élément d'amélioration de la sécurité puisqu'elle diminue les dysfonctions du matériel et potentiellement les erreurs d'appréciation de l'utilisateur » (Lucquiaud, 1992). C'est également ce qu'a mis en évidence une étude réalisée par un infirmier anesthésiste sur la CL en 1996 (Durand, 1996).

Lors d'études réalisées sur les pannes des appareils d'anesthésie, la CL a permis de détecter 40% des défaillances mécaniques (Bourgain, 2003). « Même si le nombre de pannes identifiées pendant la CL a été faible, sa réalisation est importante parce que les anomalies détectées sont parfois graves » (Bourgain, 1999).

D'autre part, la CL a un rôle de traçabilité imposé par la réglementation dans l'arrêté du 03 octobre 1995 (Ministère de la Santé Publique et de l'assurance maladie, 1995), ce qui permet de s'assurer « que les vérifications ont été effectuées selon les modalités prévues et

que le résultat est satisfaisant » (Durand, 1996). Ceci représente un intérêt médico-légal ainsi qu'une façon de prouver la qualité.

## 2. La démarche qualité

La CL s'inscrit dans une démarche qualité qui peut être abordée par le concept de la roue de Deming. Celle-ci comprend quatre étapes : PLAN (planification : création de lois visant à lutter contre les incidents matériels d'anesthésie), DO (élaboration et mise en œuvre de la CL), CHECK (évaluation) et ACT (mise en œuvre d'actions correctives) (ANAES, 2000).

La CL est un protocole, c'est « le descriptif des techniques à appliquer ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration de soins. Il standardise l'exécution des prestations et contribue à leur qualité...il est un moyen d'harmoniser les pratiques soignantes...et doit être évalué, réajusté et revalidé » (Raffermi 2002). Elle « doit impérativement évoluer en fonction de l'expérience locale et des données de la littérature » (Lucquiaud, 1992).



### **3<sup>ème</sup> partie : analyse comparative**

#### **A. Comparaison avec le cas clinique**

Dans le cas étudié, le curaromètre n'apparaît pas dans la CL d'ouverture de salle d'intervention, ce qui engendre une attente néfaste pour le patient. Il est vrai qu'il figure dans celle de la SSPI qui ouvre à 8 h. Le patient est attendu au bloc opératoire à 7h30, bien avant que le matériel de SSPI (dont le moniteur de curarisation) ne soit vérifié.

La SFAR propose une CL très exhaustive quant à la vérification de l'appareil d'anesthésie, mais n'en propose pas pour le reste du matériel. Par contre, elle précise, en référence à l'arrêté du 03 octobre 1995, les dispositifs médicaux devant se trouver sur le lieu de l'anesthésie et devant être vérifiés, le monitoring de la curarisation en fait partie. Elle recommande également son utilisation tout au long de l'anesthésie.

Bien que les recommandations de la SFAR ne soient pas des règlements obligatoires, elles n'en constituent pas moins des référentiels consultés lors de litiges.

En réalité, la contrainte budgétaire est à prendre en considération, il faut également s'adapter à la spécificité et à l'organisation du service. Dans le cas concret, il existe un curaromètre pour trois salles d'anesthésie. Elles sont toutes susceptibles de l'utiliser mais rarement, en raison de leur spécialité qui nécessite peu de myorelaxation. L'achat de trois curaromètres ne s'est sans doute pas trouvé justifié en raison de leur faible taux d'utilisation.

Il s'agit ici du moniteur de curarisation mais il pourrait aussi bien s'agir d'un autre matériel.

#### **B. Comparaison avec la pratique courante**

Depuis le début de ma formation, j'ai pu utiliser plusieurs CL, dans des spécialités différentes. Conformément à la loi, elles comprennent tout le matériel vital mais certaines ne sont pas complètes.

A certains moments, lors de la vérification de l'ensemble du matériel, de manière conforme à certaines CL (comme par exemple celle de l'annexe IV), j'ai éprouvé un sentiment d'insécurité. Je n'avais pas la certitude d'avoir vérifié tout le matériel nécessaire à la prise en charge optimale du patient. A l'inverse, d'autres CL (annexe V), plus exhaustives me rassuraient davantage. Pourtant, je constate que des professionnels les utilisent tous les jours avec une même sensation de sécurité. Ils ont pour eux l'expérience et certains

automatismes avec lesquels ils réalisent les vérifications. Il leur arrive ainsi de vérifier de façon mécanique et irréfléchie des éléments qui ne se trouvent pas sur la CL.

Malheureusement, nous ne sommes pas infailibles. La fatigue, l'habitude, l'excès de confiance en soi ou dans sa méthode de travail peuvent nous pousser à l'erreur. A mon avis, la CL est un « garde fou » qui permet de protéger le patient bien sûr mais aussi de se protéger soi même en temps que professionnel. Comme cela a été repéré dans la théorie, beaucoup d'IADE trouvent la CL contraignante et parfois fastidieuse, c'est pourquoi elle doit être facile à remplir et d'une utilisation rapide. Il est exact que le temps nécessaire à sa réalisation doit être intégré au temps de préparation de salle et qu'elle mérite plus d'attention. Que dirait-on d'une compagnie aérienne qui laisserait embarquer ses passagers sans que le pilote n'ait réalisé sa check-list ?

S'il est vrai que la CL ressemble à une formalité, c'est un guide qui assure que toutes les vérifications de l'appareil d'anesthésie et du matériel nécessaire à la prise en charge du patient ont été faites. C'est pourquoi, à mon sens, elle mérite d'être la plus complète possible, de façon à mettre en sécurité le patient et les professionnels, anciens comme débutants.

La CL permet de détecter certaines pannes d'appareil d'anesthésie et joue un rôle dans la matériovigilance. Cela pourrait permettre la mise en place d'un système de traçabilité des pannes pour chaque appareil, au sein des services. A ce jour je n'en ai pas eu connaissance, pour les blocs opératoires où j'ai pu aller.

D'autre part, en obligeant les soignants à pratiquer des gestes de vérification sur les appareils et matériels d'anesthésie, la CL contribue à une meilleure connaissance de ceux-ci. Cela permet de limiter les erreurs d'utilisation par manque de manipulation. De ce fait, les IADE sont constamment amenés à se former sur le nouveau matériel de façon à pouvoir le vérifier correctement. C'est un outil très intéressant qui mériterait plus de place qu'il n'en a aujourd'hui.

Cependant, n'oublions pas qu'en tant que professionnels responsables, nous nous inscrivons tous dans une démarche qualité. Elle nous impose une évaluation de nos pratiques quotidiennes. Ceci sous-entend que la CL est une procédure qui doit être réévaluée régulièrement, davantage que cela n'est fait à ce jour (je prend pour exemple la CL de l'annexe IV). La réévaluation en équipe devrait susciter davantage d'adhésion à sa pratique du fait d'une meilleure adéquation.

Le MAR est également responsable de la CL et doit, en référence aux textes de loi, la contresigner. Lors de mes stages, je n'ai vu qu'un médecin le faire. Une plus grande implication médicale dans la vérification de la CL, lui donnerait sûrement plus d'importance.

Cela veut dire que chacun doit se sentir impliqué dans l'utilisation, l'évaluation et la correction de cet outil de façon à l'adapter au mieux. J'ajouterai que la CL est relativement jeune (une dizaine d'années) et qu'elle ne peut que s'améliorer.

## Conclusion

La check-list d'ouverture de salle d'intervention constitue un dispositif indéniable contribuant à la sécurité du patient.

Il est indispensable de réfléchir ensemble aux différents éléments que la check-list doit comporter pour une prise en charge optimale du patient. En premier lieu, pour agir conformément à la loi, en second, pour être en accord avec la démarche d'assurance qualité. Une standardisation de cet outil ne serait pas en accord avec la prise en charge personnalisée du patient qui sera différente selon les spécialités. Dans l'intérêt de ce dernier comme dans celui des professionnels, la CL mérite d'être exhaustive. Pour cela, la participation de tous ses utilisateurs ainsi que des médecins est absolument nécessaire.

En nous impliquant toujours davantage dans l'amélioration de notre prestation, peut-être parviendrons nous un jour, par ce biais, à ce que l'anesthésie ne constitue plus l'étape tant redoutée de la chirurgie.

« L'anesthésie est une chaîne qui vaut uniquement par la solidité de son maillon le plus faible » (Masson, 1997).