



Collège  
National des  
Cardiologues des  
Hôpitaux

# DÉCLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

Orateur : Catherine PUIER

Je n'ai aucun conflit d'intérêts

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Collège  
National des  
Cardiologues des  
Hôpitaux

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# LA CHECK LIST EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

*Un enjeu de qualité et de sécurité des soins*

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# PLAN

Histoire des checklists

Objectifs

Notre expérience

L'évaluation

Les freins

L'engagement du cadre

Conclusion

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Dans le domaine de l'aviation : diminution de 50 % des évènements indésirables.

Dans l'industrie : points-clés des certifications.

L'utilisation de ce type d'outil peine à se développer dans la pratique médicale courante.

En janvier 2009 travail initié par l'OMS réalisé en 2 étapes

-Phase de création d'une CL ayant pour but d'identifier les étapes cruciales du processus opératoire ayant potentiellement un impact sur la sécurité

- Validation de la CL opératoire

En 2010 HAS décide de mettre en place la CL dans les établissements de santé avec la notion de « time out »

## Histoire des check lists

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Diminuer le risque et baisser la morbi-mortalité liée à l'acte.

Inclure les critères de vérification : identité, hémovigilance , indication examen, traitement administré , risque infectieux...

Contribuer à la communication interprofessionnelle

Permettre l'implication de tous sans que cela devienne un acte routinier

Favoriser l'utilisation rationnelle d'un outil simple

## Objectifs

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

## 1 ère étape

En vue de la visite HAS

Constat : pas de CL adaptée à l'activité de cardiologie interventionnelle

Elaboration en faisant un mix entre CL du bloc opératoire et radiologie interventionnelle

Mise en place après concertation équipe paramédicale et médicale

Abandonnée au bout de 6 mois d'utilisation car trop contraignante

# Notre expérience

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



## CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN SALLE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE POUR UN ACTE PROGRAMME »

**Consentement éclairé signé**     Oui     Non\*

**Dossier correspondant au patient**     Oui     Non\*

**Courrier médical**     Oui     Non\*

**Identification du patient**  
Etiquette du patient ou  
Nom, prénom, date de naissance

UF opératrice : ..... Salle : .....

Date d'intervention : ... / ... / 20 ..... Heure : .....

Médecins opérateurs : .....

Anesthésiste « intervenant » : .....

Coordonnateur check-list : .....

IDEs en salle : .....

Date :

AVANT INSTALLATION			AVANT PROCEDURE			APRES PROCEDURE				
1	<b>L'identité</b> est correcte  <b>L'autorisation d'opérer</b> est signée par les parents ou représentant légal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	6	<b>Evaluation du risque par le médecin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mineur</li> <li>• Intermédiaire</li> <li>• majeur</li> </ul>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9	Confirmation orale des intervenants : • de <b>l'intervention enregistrée et sa durée</b> • des <b>médications utilisées</b> • de la <b>quantité de produit contraste</b>  • du <b>recueil de l'irradiation délivrée</b> • de la <b>traçabilité du matériel</b> et <b>DMI</b> • de l' <b>enregistrement des images</b> • de la <b>feuille de liaison remplie</b> • si des <b>événements indésirables</b> ou <b>porteurs de risques médicaux</b> sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un <b>signalement / déclaration</b> ? (Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
	2 <b>L'intervention est confirmée</b> : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier • la documentation clinique nécessaire est disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*		7 <b>Prise en compte de situations spécifiques</b> concernant • la gestion des <b>antiagrégants</b> • la gestion des <b>anticoagulants</b> • l' <b>antibioprophylaxie</b> effectuée  • la <b>préparation du champ opératoire</b> réalisé selon protocole en vigueur -Bétadine -Chlorhexidine		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A  <input type="checkbox"/> Oui		8 <b>Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe</b>  • <b>identité</b> patient confirmée • <b>intervention</b> prévue confirmée • <b>abord interventionnel</b> confirmé • Radial • Fémoral • Autre :  • <b>installation</b> correcte confirmée • <b>documents nécessaires</b> disponibles • <b>monitorage du patient</b> vérifié		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3 <b>L'équipement/matériel</b> nécessaire pour l'intervention est <b>vérifié</b> et ne présente pas de <b>dysfonctionnement</b> • pour la <b>partie interventionnelle</b> • pour la <b>partie anesthésique</b> Acte sous prise en charge anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	4 Le patient présente-t-il : • un <b>risque allergique</b> Si allergie préparation faite • un <b>risque lié au produit de contraste</b> • une <b>insuffisance rénale</b> Si insuffisance rénale préparation faite • Un <b>diabète</b> • Une <b>CI aux antiagrégants plaquettaires</b> • <b>risque d'inhalation</b> , de difficulté d' <b>intubation</b> ou de <b>ventilation</b> au masque  • un risque lié à l' <b>irradiation</b> (grossesse)		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*	5 <ul style="list-style-type: none"> <li>• un <b>bilan de coagulation +ionogramme présents et vérifiés</b></li> <li>• l'état de la voie veineuse périphérique est vérifié</li> <li>•Prémédication prescrite et donnée</li> </ul>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non*  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	DECISIONS CONCERTEE EN CAS DE NON-CONFORMITE OU DE REPONSE MARQUEE D'UN *   <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>SELON PROCEDURE EN VIGUEUR</b></p> <p>Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe              Cardiologue      Coordonnateur CL      Anesthésiste</p> </div>		

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Notre expérience (suite)

- ▶ 2ème étape

Elaboration d'une analyse préliminaire des risques

- ▶ 3ème étape

Épuration et mix entre notre feuille coronarographie et CL

Intégration de l'équipe à ce travail++++

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





**CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN SALLE DE  
CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
POUR UN ACTE PROGRAMME »**

*Identification du patient  
Etiquette du patient où  
Nom, prénom, date de naissance*

UF exécutrice : ..... Salle : .....  
Date d'intervention : ... / ... / 20 ..... Heure : .....  
Médecins opérateurs : .....  
Anesthésiste « intervenant » : .....  
Coordonnateur check-list : .....  
IDEs en salle : .....

AVANT INSTALLATION <i>en salle de préparation</i>			PER PROCEDURE			APRES PROCEDURE			
1	Le soignant a confirmé avec le patient -Son identité : bracelet présent	OUI <input type="checkbox"/>	NON* <input type="checkbox"/>	Début de procédure <b>verification « ultime » orale croisée au sein de l'équipe</b>	OUI	NON*	Transmission réalisée -Transmission réalisée (procédure, résultat, complication, allergie, surveillance point de ponction) - bracelet d'identification toujours en place -Feuille de liaison remplie	OUI <input type="checkbox"/>	NON* <input type="checkbox"/>
	Document nécessaire pour l'examen - Dossier correspondant au patient - Consentement éclairé signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	6
2	- Courrier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Identité patient confirmée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	
	- Compte rendu de coronarographie, de pontage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Intervention prévue confirmée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8		<input type="checkbox"/>
3	- Bilan sanguin présent et vérifié (NFS, ionogramme, coagulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Abord interventionnel confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9	<input type="checkbox"/>
	- Autorisation d'opérer signée par les parents ou représentant légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Installation correcte confirmée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DECISIONS CONCERTEE EN CAS DE NON-CONFORMITE OU DE REPONSE MARQUEE D'UN *		<input type="checkbox"/>
3	Préparation du patient - Jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Matériel spécifique disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Si surexposition rayons X de produit de contraste, surveillance spécifique mise en place <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>
	- Allergies connues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Equipement vérifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Si événements indésirables Ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? (Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez la case ci-contre. <input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/>
3	- Abord connu et préparé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Monitoring du patient vérifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nom : Fonction : Signature :	<input type="checkbox"/>
	- Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Paramètres hémodynamiques connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SELON PROCEDURE EN VIGUEUR Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Cardiologue		<input type="checkbox"/>
3	- Anticoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cours et en fin de procédure - Temps d'intervention (entrée, ponction, sortie de salle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nom : Fonction : Signature :	<input type="checkbox"/>
	- Antiagrégant plaquettaire administré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Recueil de l'irradiation délivrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : Fonction : Signature :		<input type="checkbox"/>
3	- L'état de la VVP vérifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Traçabilité du matériel et DMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nom : Fonction : Signature :	<input type="checkbox"/>
	- Prémédication prescrite et donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Traçabilité médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : Fonction : Signature :		<input type="checkbox"/>
3	- Risque lié à l'irradiation (grossesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Quantité et type de produit contraste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nom : Fonction : Signature :	<input type="checkbox"/>
	Nom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : Fonction : Signature :		<input type="checkbox"/>
3	Fonction :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonction :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nom : Fonction : Signature :	<input type="checkbox"/>
	Signature :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signature :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : Fonction : Signature :		<input type="checkbox"/>

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Evaluation quantitative

1ere phase environ 50% de CL remplies

Pas remplies pour l'urgence

À l'essai depuis 15 jours pas d'évaluation possible encore

Possibilité de l'intégrer à un nouvel logiciel métier et élément bloquant

Nécessité de co - signature

# L'évaluation

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

La surcharge de travail : Trop de patients , pas le temps!

Manque d'intérêts pour l'outil : Encore un papier à remplir!

La communication : Les médecins ne le feront jamais

## Les freins

Fédérer l'équipe autour de la check List pour mieux comprendre son importance : s'appuyer sur la DARQ

Manager en faisant face aux résistances au changement

Etre vigilant à son application sans risque de banalisation

Initier une démarche de formation en simulation

# L'engagement du cadre

CL centrée sur le patient

Révolution culturelle et comportementale en marche

Pas de CL = pas de procédure

Une attention à apporter sur l'implication des cardiologues interventionnels

Pourquoi pas la soumettre à HAS?

Chacun est responsable de tous.

Chacun est seul responsable.

Chacun est seul responsable de tous.

Antoine de Saint-Exupéry

# Conclusion

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

**Merci de votre attention**

2018 © 24<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.