

# **Proposition pour une « check-list de sécurité médico-légale » encadrant tout acte de cardiologie interventionnelle**

**Travail du Groupe Ethique et Responsabilité professionnelle**

Le groupe « Ethique et Responsabilité Professionnelle » a été conduit à rédiger ce document devant le taux élevé , voire croissant, de la judiciarisation en cardiologie notamment pour les accidents compliquant les gestes techniques.

Les rapports du Sou médical indiquent les taux suivants pour les années:

|  | 2005 | 2007 | 2008 |
|--|------|------|------|
| Contestation de la conduite diagnostique | 4%   | 7%   | 20%  |
| Contestation de la prise en charge       | 54%  | 52%  | 28%  |
| Traitements non-conformes                | 12%  | 9%   | 8%   |
| Accidents de gestes techniques           | 30%  | 32%  | 44%  |

Il s'est inspiré de documents déjà existants:

HASS: sécurité du patient au bloc opératoire (version 2010)

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity  
and Mortality in a Global Population (N. Engl. J. Med 2009;360: 491-9)

Il semble opportun que la Société Française de cardiologie dispose d'un document de prévention des accidents compliquant les gestes techniques et anticipe ainsi sur d'éventuelles rédactions émanant d'institutions diverses.

Le projet a été soumis au GACI et au groupe rythmologie et les avis communiqués ont été pris en compte dans la rédaction définitive.

Cette check-list , simple, a été conçue pour pouvoir encadrer tous les actes de cardiologie interventionnelle et témoigner ainsi, si besoin, que les règles de sécurité ont été respectées. Elle comporte trois volets à remplir en salle d'examen par le personnel paramédical et doit être annexée au dossier médical

Un certain nombre de protocoles rédigés à titre privé existent déjà. Cependant, l'existence d'un document unique, validé par notre Société qui respecte là l'un de ses buts statutaires, aurait davantage de poids dans la défense de ses membres.

# AVANT LA PROCEDURE

| Oui                      | Non                      | Non applicable           | Paramètres  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Double identité vérifiée par l'infirmière (patient et bracelet)             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Information fournie par le médecin prescripteur et versée au dossier        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Information fournie par le cardiologue interventionnel et versée au dossier |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Notion d'allergie reconnue  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si allergie : préparation faite   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fonction rénale évaluée   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si insuffisance rénale : préparation faite                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contraindication aux antiagrégants plaquettaires recherchée                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traitement diabétique pris en compte  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bilan de coagulation vérifié  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traitement anticoagulant au long cours pris en compte                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etat de la voie d'abord (vasculaire ou non) vérifié                         |
| <input type="checkbox"/> |                          |                          | Evaluation par le médecin du risque : mineur                                |
| <input type="checkbox"/> |                          |                          | Evaluation par le médecin du risque : intermédiaire                         |
| <input type="checkbox"/> |                          |                          | Evaluation par le médecin du risque : majeur                                |

# PENDANT LA PROCEDURE

| Oui                      | Non                      | Non applicable           | Paramètres  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Qualification et identité des opérateurs précisées                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respect de la radioprotection   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nécessité d'une utilisation plus importante que prévue de produits de contraste |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abord radial  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abord fémoral   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traitement anticoagulant « standard » au long cours                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mise aux anticoagulants pour le geste   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Procédure selon planification prévue  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Complications hémorragiques   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Complications neurologiques   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Complications autres  |

# AU DECOURS DE LA PROCEDURE

| Oui                      | Non                      | Non applicable           | Paramètres  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | La procédure s'est déroulée normalement   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | La durée de la procédure a-t-elle été notée ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si complication : patient et/ou personne de confiance et/ou famille (avec accord du patient) informés |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si événement indésirable grave : administration (ou assurance) informée                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durée de scopie notée   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dose de rayons notée  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quantité totale de produits de contraste utilisée notée   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Compte rendu de la procédure rédigé   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transmission équipe soignante effectué  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nécessité d'un suivi particulier  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Correspondants informés   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stockage des données prévu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respect des procédures de vigilance   |