

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » : efficacité et faisabilité exemple de déploiement au Centre Hospitalier Régionale de Thiès

The “patient safety in the operating area” checklist: efficiency and feasibility example of deployment at the THIES regional hospital center

Fall ML, Diop MN, Ansar I, Diedhiou M, Gaye I. Ba EB.

Auteur correspondant : Mohamed Lamine FALL. Email : tallafal@yahoo.fr/Tél : 33 961 34 85

Résumé

Objectif était d’implanter la check-list « sécurité de patient au bloc opératoire » et mesurer son niveau d’intégration dans l’organisation du bloc opératoire

Patients et méthodes : Il s’agissait d’une étude transversale descriptive de l’utilisation pratique de la check-list qui s’est déroulée au centre hospitalier régional de THIES sur une période allant du 10 Juillet au 31 Décembre 2019. Cette étude comportait deux étapes : un audit rétrospectif permettant d’objectiver de façon quantitative l’utilisation de la CL pour contrôler le respect des consignes de remplissage puis une enquête d’opinion par auto-questionnaire auprès des professionnels pour comprendre son utilisation non optimale dans notre bloc.

Résultats : Le taux d’utilisation de la CL était de 62,25 %, le taux de complétude était de 54,34 % avec un taux d’exhaustivité de renseignements variable entre les trois phases : 92,6 % pour les items pré-induction, 86,6% pour les items pré-incision et 75,8 % pour les items postopératoires. Les participants déclaraient qu’un coordonnateur est toujours désigné dans 75,75 % des cas, il est majoritairement assuré par un IADE selon 90,90 % des répondants et seulement 9,09% affirmaient que les médecins assuraient souvent ce rôle. Quant à la participation active des professionnels du bloc opératoire, elle paraît inégale entre les paramédicaux et les médicaux, elle est de 93,93% pour les IADE, 84,84% IBODE et seulement 30,30 % pour MAR et 45,45% pour les chirurgiens.

Conclusion. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est un outil simple efficace non coûteux de contrôle sécuritaire, cette démarche a fait la preuve d’une bonne adhésion au concept de culture de sécurité laissant penser que de réels progrès peuvent être effectués si les actions d’amélioration étaient menées

Mots Clés : Check liste – Evaluation pratique – Hôpital périphérique

Summary

The objective was to implement the "patient safety in the operating room" checklist and measure its level of integration into the organization of the operating room and then assess the perception of professionals.

Patients and methods: This is a descriptive cross-sectional study of the practical use of the checklist, which took place at the regional hospital of THIES over a period from July 10 to December 31, 2019. This study included two stages: a retrospective audit making it possible to quantitatively objectify the use of the LC to check compliance with the filling instructions, then an opinion survey by self-questionnaire among professionals to understand its non-optimal use in our block.

Results: The rate of use of the LC was 62.25%, the rate of completeness was 54.34% with a rate of completeness of information varying between the three phases: 92.6% for the pre-induction, 86.6% for the pre-incision items and 75.8% for the postoperative items. The participants said that a coordinator is always appointed in 75.75% of cases, it is mostly provided by an IADE according to 90.90% of respondents and only 9.09% said that doctors often played this role. As for the active participation of professionals in the operating room, it seems unequal between paramedics and doctors, it is 93.93% for IADE, 84.84% IBODE and only 30.30% for MAR and 45.45% for surgeons.

Conclusion. The “patient safety in the operating room” checklist is a simple, efficient and inexpensive tool for safety control, this approach has shown good adherence to the concept of safety culture, suggesting that real progress can be made if improvement actions

Keywords: Checklist - Practical evaluation - Peripheral hospital

Reçu ce 16 août 2020

Introduction :

La sécurité des patients au bloc opératoire a toujours été une préoccupation des différents acteurs de ce lieu stratégique de la chaîne de soins. Ce dernier est une unité d'une grande complexité avec des interactions multiples et un potentiel élevé de danger et d'événements indésirables pour le patient qui demeure vulnérable. L'assurance de sa sécurité fait appel à l'ensemble des moyens susceptible d'intercepter et de prévenir nombre de ces événements porteurs de risques au bloc opératoire [1]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des centaines de millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année. Avec près de quarante millions de complications dont plus de la moitié est considérée comme évitable. Les défauts de communication au sein des équipes étaient identifiés comme la cause la plus commune de ces événements indésirables [2,3,4]. L'objectif de notre travail était après implantation de la check-list « sécurité de patient au bloc opératoire » de mesurer son effectivité dans l'organisation du bloc opératoire du CHR de Thiès et après évaluer la perception des professionnels et l'impact sur leurs pratiques quotidiennes au bloc opératoire afin d'identifier objectivement les obstacles à son utilisation optimale et pérenne dans notre contexte.

Matériel et méthodes

Après des réunions d'information et de formation associant les différents acteurs du bloc opératoire la Check List était instaurée. Pour une évaluation de son impact, nous avons mené cette étude transversale

descriptive mono centrique après six mois d'utilisation c'est-à-dire la période du 10 juillet 2019 (date de sa mise en place effective) au 31 Décembre 2019 au centre hospitalier régional de Thiès. Elle comportait deux étapes : la première étape avait fait une évaluation de façon quantitative de la présence de la Check Liste dans le dossier anesthésique des patients, de contrôler le respect des consignes de remplissage. Et en dernier lieu nous avons réalisé une évaluation qualitative qui consistait à une enquête d'opinion menée à l'aide d'un auto-questionnaire individuel distribué à l'ensemble des professionnels susceptibles de participer au remplissage de la Check list à la fin de l'étude.

Les paramètres étudiés étaient pour le niveau quantitatif le taux d'utilisation, le taux de complétion, et pour le niveau qualitatif de chercher à apprécier les attitudes et les conceptions des praticiens sur la Check Liste. Les données étaient analysées sur le logiciel EPI info version 7.

Résultats

Au cours de notre étude nous avons enregistré 665 interventions chirurgicales programmées, Seulement 414 check-lists étaient remplies et analysées soit un taux d'utilisation globale de 62.25%. On notait une tendance à la baisse du taux d'utilisation de la Check liste durant la deuxième période de septembre à octobre ; avec regain d'utilisation sur la troisième période de Novembre à Décembre. En moyenne, une Check Liste était réalisée pour 72% des interventions et le taux d'utilisation le plus bas était de 53% pour le mois de septembre (**Figure1**).

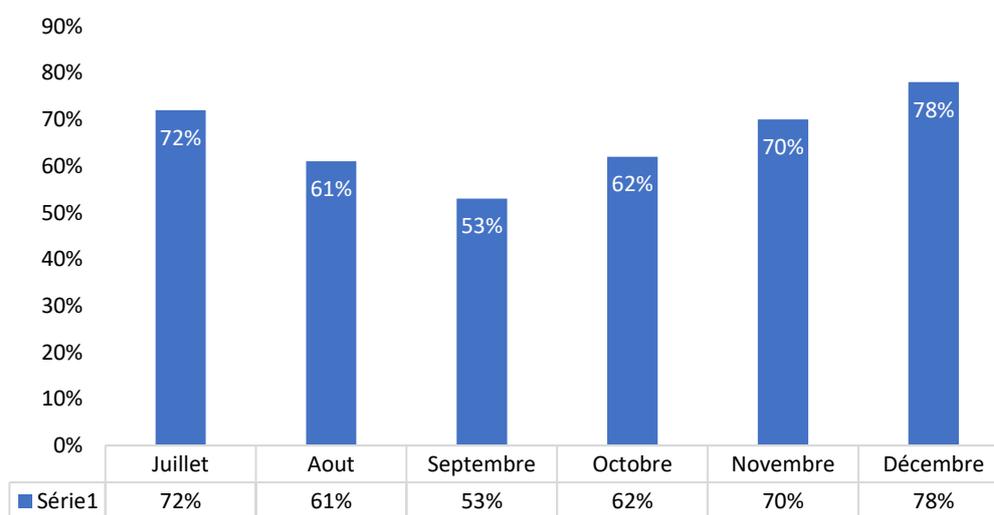


Figure 1 : Évolution du taux d'utilisation de la check-list non cochés

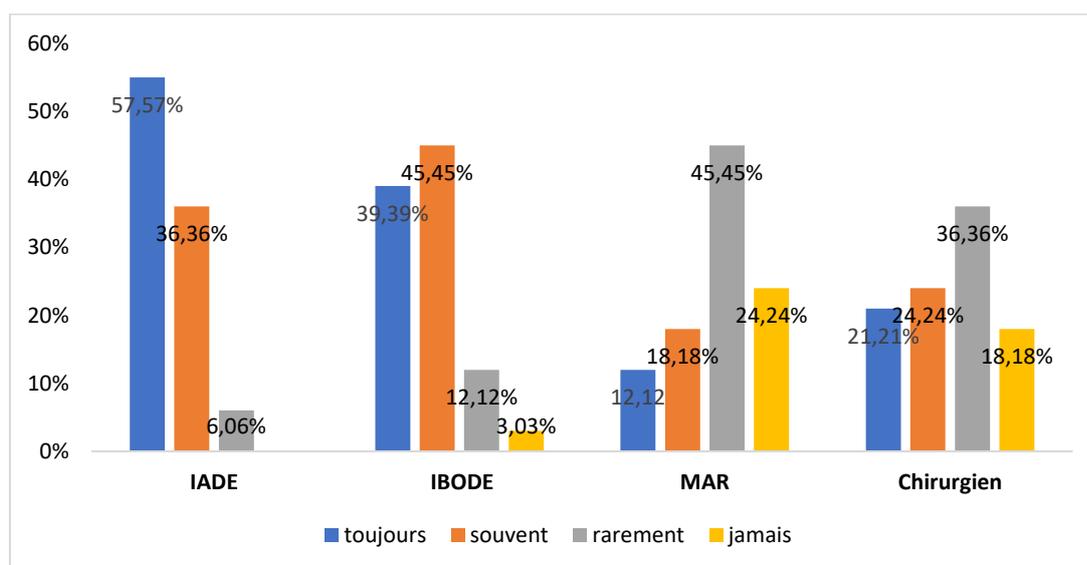
Tableau I : Intérêt perçus de la *check-list*.

	(n)	(%)
Intérêt à utiliser la check-list		
Tout à fait d'accord	11	33,33%
Plutôt d'accord	18	54,54%
Plutôt pas d'accord	4	12,12%
Pas du tout d'accord	1	3,03%
Perception de la check-list comme une barrière de sécurité :		
Tout à fait d'accord	6	18,18%
Plutôt d'accord	16	48,48%
Plutôt pas d'accord	2	6,06%
Pas du tout d'accord	-	-

Pour l'évaluation qualitative 45 questionnaires individuels étaient distribués aux professionnels du bloc opératoire (28 chirurgiens, 3 MAR, 5 IADE, 9 IBODE), seulement 33 ont été retournés, soit un taux de participation de 73,33 %.

La répartition de la population ayant répondu aux questionnaires montrait que le taux de réponse était

de 78,57 % pour les infirmiers et techniciens supérieurs de santé, et de 70,96 % chez les médecins. Plus de la moitié soit environ 52% du personnel enquêté avait une ancienneté de service comprise entre cinq ans et dix ans dans leur profession actuelle. L'ancienneté moyenne était de 7,73 ans avec des extrêmes de 1 à 27 ans (**Figure 2**).

**Figure 1** : Participation des professionnels au remplissage de la *check-list L*

Les difficultés de remplissage de la Check Liste étaient jugées mal aisées par 11 participants de l'enquête, ainsi plusieurs items comportaient un problème de formulation ou d'incompréhension. Les items concernant l'allergie du patient, le risque

de saignement, le partage pré opératoire des informations sur le plan chirurgical et anesthésique, le signalement de dysfonctionnements (**Tableau II**).

Tableau II : Limites perçus à l'utilisation de la CL.

	(n)	(%)
Contraignante	10	30
Formalité administrative	7	21
Ralentit l'activité	9	27
Remet en cause de la compétence professionnelle	1	3
Document Médicaux légales en cas d'événement indésirable	3	9

Les 25 répondants étaient d'accord pour dire que la Check-list était un bon moyen pour éviter les erreurs et les dysfonctionnements. Ainsi 12 des

personnes ayant renseigné le questionnaire disent avoir toujours ou souvent évité une erreur ou détecté un dysfonctionnement grâce à la check-list. **(Tableau III)**

Tableau III : Les Erreurs décelées grâce à la check-list

	(n)	(%)
La CL permet-elle d'éviter les erreurs au BO :		
Tout à fait d'accord	9	27,27%
Plutôt d'accord	16	48,48%
Plutôt pas d'accord	8	24,24%
Pas du tout d'accord	-	-
Les erreurs et dysfonctionnement détectés :		
Défaut de Matériel	20	44,44%
Oublie de l'antibioprophylaxie	15	33,33%
Dossier incomplet	9	20%
Mauvais patient	1	2,22%

Discussion

Le choix de notre thème s'explique par le fait que les taux de complications liés à l'acte opératoire sont les plus élevés dans les pays en voie de développement notamment en Afrique. Dans ce registre, la procédure de CL est reconnue comme un élément efficace pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire. De ce fait, son implantation en milieu sous équipé et à ressources limitées était donc nécessaire et doit être enseigné puis accompagné pour une amélioration des résultats chirurgicaux [5]. Les résultats de la présente étude préliminaire de faisabilité d'un tel outil ont montré que son intégration dans nos blocs opératoires s'est accompagnée d'un taux de remplissage assez moyen même si cet outil est censé être simple d'utilisation. Le taux de compliancé de 64,89% que nous avons rapporté se rapproche aux résultats de l'étude menée par Diedhiou à Saint Louis qui avait obtenu un taux de 75% et reste supérieur à la série française de Gueguen à Nancy qui avait rapporté 50%, mais inférieur aux taux de 90 à 100% retrouvés dans des séries anglaise et française [6-13].

On peut penser que ces résultats peuvent s'expliquer par une certaine réticence chez une partie des professionnels comme dans la série française de Gueguen [10] qui avait noté chez les médecins, qui pensaient contrôler la situation.

En dépit de ces taux de réalisation encourageant, son utilisation reste imparfaite comme l'attestait le taux de complétion de 54,34%, qui était comparable aux résultats obtenus par Fourcade et Diedhiou nettement supérieur à ceux retrouvés par Becret [7, 11,13].

Une explication donnait à ce résultat peut être les difficultés liés à son remplissage. Puisqu'un tiers des professionnels du bloc opératoire estiment qu'il s'agit d'une tâche malaisée et la moitié déclarait avoir des problèmes avec la formulation concernant certains items ce qui expliquait visiblement une incompréhension chez les professionnels qui du

coup remplissaient mal la check-list. Ce même constat était révélé par le travail de Gueguen puis Hacquard qui confirmaient cette impression de difficulté de remplissage des items respectivement chez 32% et 61% [8, 10]. L'étude de Cullati [14] avait trouvé aussi l'efficacité de la CL dans l'amélioration du travail d'équipe où 64 % des enquêtés considéraient la CL comme un moyen efficace de renforcement des liens entre les différents professionnels, améliorait la relation et le partage de l'information au sein des équipes. Il semblait utile à 57 % pour favoriser la communication de l'équipe. Cependant, bien que la perception des professionnels des blocs opératoires s'avérait positive envers l'utilité et l'efficacité de la check-list, son utilisation soulève certaines limites. En effet, 30% de nos répondants trouvent que la CL était une contrainte et peut constituer un obstacle au maintien de la dynamique. Ces résultats semblent aller de pair avec les résultats de l'étude de Fourcade dans laquelle la barrière la plus communément rapportée était celle que la CL était considérée contraignante et serait une duplication avec des contrôles de sécurité déjà existants [15]. Les décisions prises lorsqu'une erreur était décelée étaient une suspension du temps opératoire suivie d'une résolution du problème dans 31 cas, le report de l'intervention six fois et dans huit situations on avait continué l'intervention malgré le problème.

Conclusion

La sécurité des patients aux blocs opératoires est devenue une priorité pour les établissements sanitaires. Les événements indésirables demeurent un problème majeur dans le processus de soins et ils sont multifactoriels. L'usage d'une CL permet de promouvoir la qualité des soins prodigués aux patients et ainsi leur sécurité. Cette étude rappelle que les habitudes d'un bloc opératoire ne peuvent être brutalement modifiées par la survenue d'un nouvel outil, même s'il est jugé bénéfique pour la sécurité du patient par l'ensemble du personnel.

Références :

1. **Sehgal NL, Ranji SR, Shojanian KG, et al.** Development of a web-based patient safety resource: AHRQ Patient Safety Network (PSNet). In: *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.
2. **Einav Y, Gopher D, Kara I, et al.** Preoperative briefing in the operating room: shared cognition, teamwork, and Patient Safety. *Chest*, 2010, (137), no 2, p. 443-449.
3. **Youngson GG, Rhona F.** Patient Safety Surg. 2010; 18 ; 4 (1) : 4. doi: 10.1186/1754-9493-4-4
4. **Lingard L, Regehr G, Orser B, et al.** Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Archives of surgery*, 2008, vol. 143, no 1, p. 12-17.
5. **Ouro AF, Yapobi Y, Chobli M.** La check-list en chirurgie : nécessité absolue d'introduction dans nos blocs opératoires. *Méd Afriq Noire*. 2009 ; 56 : 659-62.
6. **Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P et al.** Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop* 2011 ; 35 : 897-901.
7. **Becret A, Clapson P, Andro C, et al.** Etude de la faisabilité et de la pertinence de la check-list au bloc opératoire pour un pays en développement : exemple d'un hôpital français à Djibouti. *Méd et San Tropic*. 2013 ; 23(4) : 417-420
8. **Hacquard P, Cunat C, Toussaint C, et al.** Évaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II). *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2013 ; 32:235-40
9. **El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, et al.** The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22: 386-95. 12
10. **Tiferes J, Bisantz AM, Guru KA.** Team interaction during surgery: a systematic review of communication coding schemes. *J Surg Res*. 2015
10. **Gueguen T, Coevoet V, Mougeot M, et al.** Déploiement de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » dans deux hôpitaux lorrains. Performances et difficultés. In *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier Masson. June 2011 ; 30(N°6): pp. 489-494.
11. **Fourcade A, Minvielle E, Blache JL, et al.** Assessment of the French surgical checklist: the experience of 17 French cancer centers. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011; 30: 495-500.
12. **Paugam-Burtz C, Guerrero O.** Check-list sécurité au bloc opératoire : le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon. In *Ann Fr d'Anes et de Réani*. June 2011 ; 30 N°6 : 475-478
13. **Diedhiou M, Manyaka P, Dieng M, et al.** Faisabilité et pertinence de la check-list de sécurité au bloc opératoire central du Centre Hospitalier Régional de Saint Louis du Sénégal. *Pan Afric Med Jour*. 2017, vol. 28, no 1, p. 160.
14. **Cullati S, Licker MJ, Francis, P, et al.** Implementation of the surgical safety checklist in Switzerland and perceptions of its benefits: cross-sectional survey. *PLoS One*, 2014, vol. 9, no 7, p. e101915.
15. **Wiskow C, Alberth T, Depietro C.** Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé ? [En ligne]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124551/E94361.pdf. Consulté le 28 février 2020.