

Rapport SAFE SURGERY 2016

Connaissances, attitude et pression dans le cadre de
l'utilisation de la safe surgery checklist dans les hôpitaux
belges

Août 2017

Cellule Qualité et Sécurité des patients
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction Générale Soins de Santé
Service Soins aigus et Chroniques

1 Table des matières

CONNAISSANCES, ATTITUDE ET PRESSION DANS LE CADRE DE L'UTILISATION DE LA SAFE SURGERY CHECKLIST (SSC) DANS LES HÔPITAUX BELGES.....		2
1.	Introduction	2
2.	Méthodologie.....	2
3.	Résultats.....	3
3.1.	Taux de réponse.....	3
3.1.1.	Taux général de réponse.....	3
3.1.2.	Taux de réponse en fonction de l'expérience.....	4
3.1.3	Taux de réponse en fonction du groupe professionnel et de l'expérience	5
3.2	L'utilisation de la Safe Surgery Checklist.....	5
3.2.1	Quelle check-list est-elle utilisée ?.....	5
3.2.2	À quelle fréquence la check-list est-elle utilisée ?.....	5
3.3	Avis et ressenti sur l'utilisation de la Safe Surgery Checklist	6
3.3.1	Avis positifs	6
3.3.2	Avis négatifs	7
3.3.3	Ressenti.....	7
3.4	Pression.....	8
3.5	Nécessité et utilité des items issus de la check-list originale de l'OMS.....	10
3.5.1	Nécessité et utilité des items par rubrique.....	10
3.5.2	Sign In.....	11
3.5.3	Time Out.....	11
3.5.4	Sign Out.....	12
3.5.5	Nécessité et utilité des items selon le groupe professionnel	12
4	Conclusion.....	13

CONNAISSANCES, ATTITUDE ET PRESSION DANS LE CADRE DE L'UTILISATION DE LA SAFE SURGERY CHECKLIST (SSC) DANS LES HÔPITAUX BELGES

1. Introduction

L'OMS recommande vivement l'utilisation de la Safe Surgery Checklist (SSC), liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, afin d'éviter les erreurs et les complications avant, pendant et après une intervention chirurgicale. L'utilisation de cette check-list fait partie maintenant des directives internationales pour la sécurité des patients. En 2011, la campagne fédérale « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies » a introduit l'usage de cette liste de contrôle dans les hôpitaux belges.

La littérature nous apprend que la mise en place de la SSC rencontre de nombreuses difficultés et obstacles. Cela s'explique surtout par la méconnaissance de l'objectif visé et par les divergences d'opinions entre les professionnels de la santé sur l'utilisation de la check-list. L'appui du management hospitalier est indispensable à son acceptation.

En février 2016, le Dr Swinnen, médecin chef adjoint de l'AZ Sint-Blasius à Termonde, a pris l'initiative d'interroger les chirurgiens, les anesthésistes et les infirmiers en salle d'opération sur l'utilisation de la check-list. Dans un premier temps, seuls les professionnels des hôpitaux flamands ont été contactés.

L'enquête visait trois objectifs. Le but était tout d'abord d'examiner les connaissances et les opinions des professionnels sur la check-list. Ensuite, on a analysé dans quelle mesure les professionnels de la santé travaillant au bloc opératoire sont poussés à utiliser la check-list ou découragés à l'utiliser. Cela s'avère en effet être un facteur essentiel dans l'acceptation et ensuite dans l'utilisation de celle-ci. Enfin, les professionnels de la santé ont été interrogés sur leur opinion quant à la nécessité et l'utilité des différents items de la SSC originale de l'OMS.

L'enquête a été diffusée en automne 2016 sous la coordination du SPF SPSCAE et en collaboration avec le Dr Swinnen. Les hôpitaux à Bruxelles et en Wallonie ont été contactés pour diffuser l'enquête auprès des chirurgiens, anesthésistes et infirmiers de salle d'opération, et pour les encourager à y répondre, ainsi qu'il avait été procédé en Flandre. Les deux enquêtes successives permettent de se faire une idée sur les connaissances, les attitudes et la pression ressentie dans le cadre de l'utilisation de la SSC dans l'ensemble des hôpitaux belges.

2. Méthodologie

Le protocole de cette enquête a été soumis en décembre 2015 à la Commission d'éthique médicale de l'AZ Sint-Blasius et a été approuvé par celle-ci.

Le questionnaire, comprenant 13 questions, a été élaboré sur SurveyMonkey® et présenté aux chirurgiens, anesthésistes et infirmiers en salle d'opération de 93 hôpitaux belges. Les hôpitaux flamands ont été interrogés entre le 15 février et le 29 mars 2016, l'enquête s'est effectuée entre le 12 septembre et le 21 octobre 2016 dans les hôpitaux bruxellois et wallons.

Huit des treize questions analysaient l'utilisation de la SSC et l'expérience relative à cet outil au sein de l'établissement, une autre traitait des points de vue, une autre encore concernait la pression et trois autres interrogeaient les professionnels de la santé sur la nécessité et l'utilité des items respectifs de la check-list originale de l'OMS.

Étant donné que les questions n'étaient pas obligatoires, le nombre de personnes ayant répondu diffère par question. Le nombre de répondants est explicitement mentionné par question.

L'analyse statistique a recouru au test du chi-carré. Les résultats avec $p < 0,05$ sont considérés comme statistiquement significatifs.

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

3.1.1. Taux général de réponse

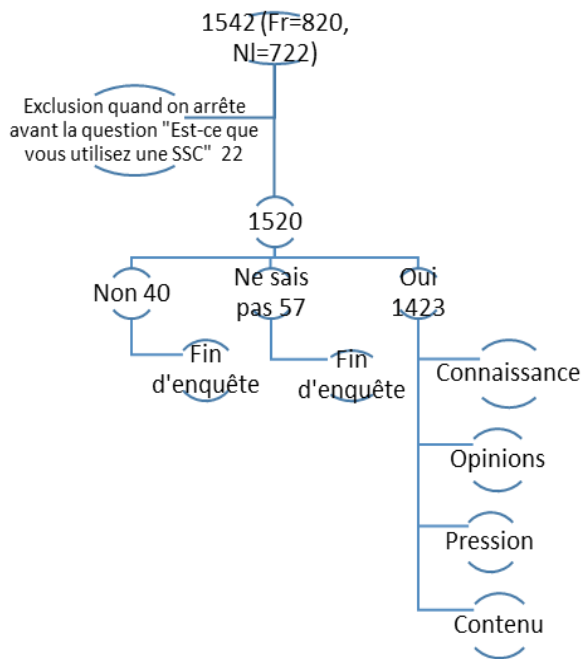
Au total, 1 542 professionnels de la santé ont participé à l'enquête, 690 provenant de Flandre et 852 de Bruxelles et de Wallonie (dont 820 francophones et 32 néerlandophones) (cf. figure 1).

La majorité des participants (78 %, $n=1\ 183$) provient des hôpitaux de taille moyenne : de 200 à 499 lits : 40 % ($n=611$) et de 500 à 999 lits : 38 % ($n=572$). Les hôpitaux de petite taille, avec moins de 200 lits, représentent 8 % ($n=124$) des résultats et les hôpitaux de grande taille, de plus de 1000 lits, 14 % ($n=214$).

1 530 participants ont indiqué leur profession : 43 % sont infirmiers ($n=664$), 32 % chirurgiens ($n=489$) et 25 % anesthésistes ($n=377$).

Les anesthésistes forment le groupe le plus nombreux à répondre en Flandre alors qu'à Bruxelles et en Wallonie, il s'agissait surtout des chirurgiens et des infirmiers.

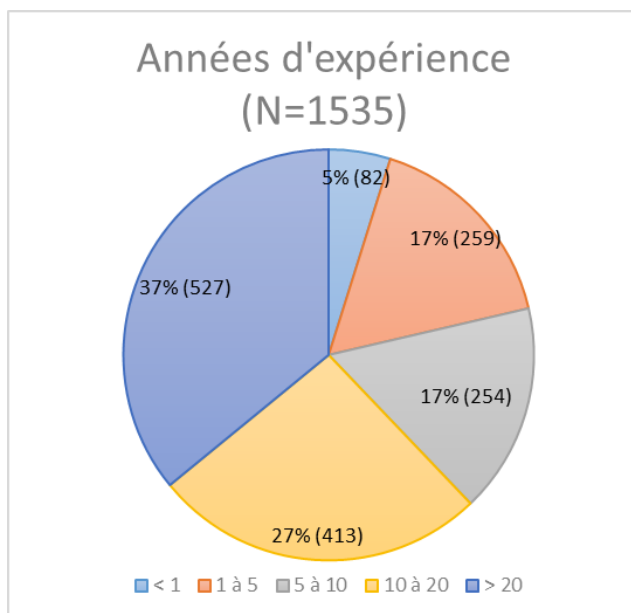
Figure 1 : nombre de participants



3.1.2 Taux de réponse en fonction de l'expérience

Le taux de réponse le plus élevé provient des professionnels de la santé ayant plus de 20 ans d'expérience au bloc opératoire (37 %, n=527), suivis par les prestataires de soins ayant entre 10 et 20 ans d'expérience (27 %, n=413) (cf. figure 2). Ces pourcentages reposent sur 1 535 réponses car 7 participants n'ont pas mentionné la durée de leur expérience.

Figure 2 : taux de réponse par rapport à l'expérience



3.1.3 Taux de réponse en fonction du groupe professionnel et de l'expérience

La figure 3 montre qu'il y a significativement plus de chirurgiens avec plus de 20 ans d'expérience et significativement plus d'infirmiers avec moins de 5 ans d'expérience à avoir répondu au questionnaire.

De manière significative, les infirmiers viennent plus souvent de petits hôpitaux alors que les chirurgiens participants travaillent surtout dans des hôpitaux de taille moyenne et les anesthésistes participants dans des hôpitaux de grande taille.

Figure 3 : taux de réponse par groupe professionnel et selon l'expérience



Anesthésiste	4,08 %	11,96 %	21,20 %	30,98 %	31,79 %	100 %
Chirurgien	2,88 %	9,29 %	12,39 %	27,88 %	47,57 %	100 %
Infirmier	7,72 %	21,81 %	19,13 %	24,16 %	27,18 %	100 %
Total	5,23 %	15,25 %	17,51 %	27,12 %	34,89 %	100 %

3.2 L'utilisation de la Safe Surgery Checklist

À la question *utilisez-vous une check-list ?*, 1 520 participants ont répondu dont près de 94 % (n=1 423) par l'affirmative. Seulement 3 % (n=40) affirment ne pas utiliser de check-list et près de 4 % (n=57) ne pouvaient pas répondre à la question. Les réponses de ce groupe de 1423 font l'objet de la suite de l'analyse.

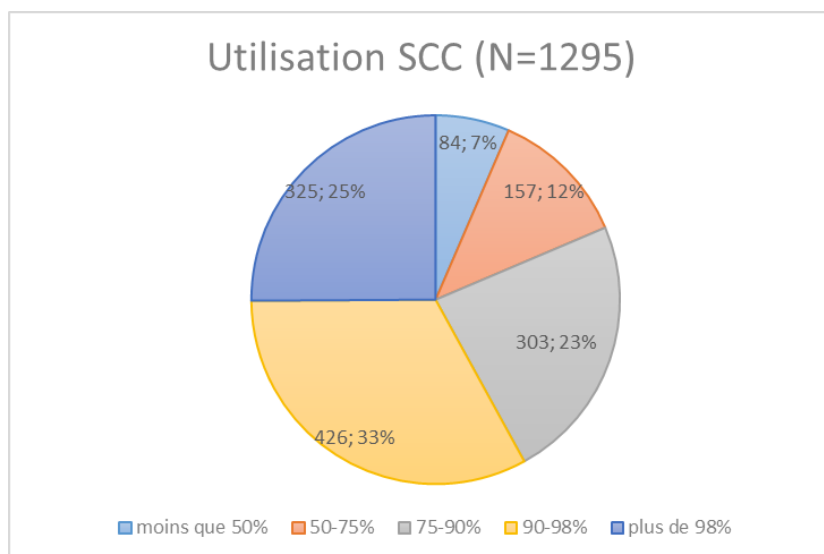
3.2.1 Quelle check-list est-elle utilisée ?

60 % des participants affirment utiliser une version adaptée de la SSC originale de l'OMS (n=783), 9 % (n=116) utilisent la version de base et 31 % (n=398) ne savent pas quelle forme de check-list ils utilisent (N_{total}=1 297).

3.2.2 À quelle fréquence la check-list est-elle utilisée ?

La figure 4 montre que près de 7 % des participants (n=84) affirment n'utiliser la check-list que dans moins de la moitié des interventions chirurgicales ; 25 % (n=325) l'utilisent dans plus de 98 % des interventions et plus de la moitié des participants (n=729) estime l'utiliser dans 75 à 98 % des cas. À peine 58 % (n=751) des participants disent utiliser la check-list dans plus de 90 % des interventions chirurgicales. Il reste donc beaucoup de chemin à parcourir pour améliorer son adoption.

Figure 4 : fréquence d'utilisation de la check-list



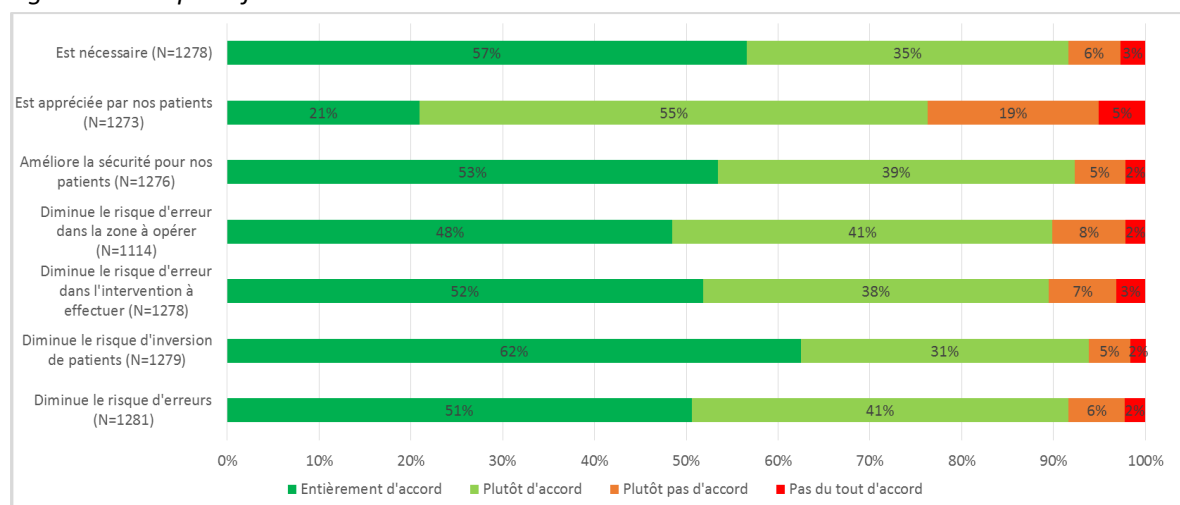
3.3 Avis et ressenti sur l'utilisation de la Safe Surgery Checklist

Les avis et ressentis (tant positifs que négatifs) des participants ont été évalués et ont pu être classés sur une échelle à 4 points (d'entièrement d'accord à pas du tout d'accord).

3.3.1 Avis positifs

Une majorité écrasante des participants a un avis positif sur l'utilisation de la SSC. Presque tout le monde reconnaît sa nécessité et est d'avis qu'elle renforce la sécurité et diminue les risques d'erreurs d'identification du patient. Seul le ressenti de l'appréciation du patient sur la check-list est évalué de manière moins positive (avec 23 % d'avis négatifs) (cf. figure 5).

Figure 5 : avis positifs sur l'utilisation de la check-list

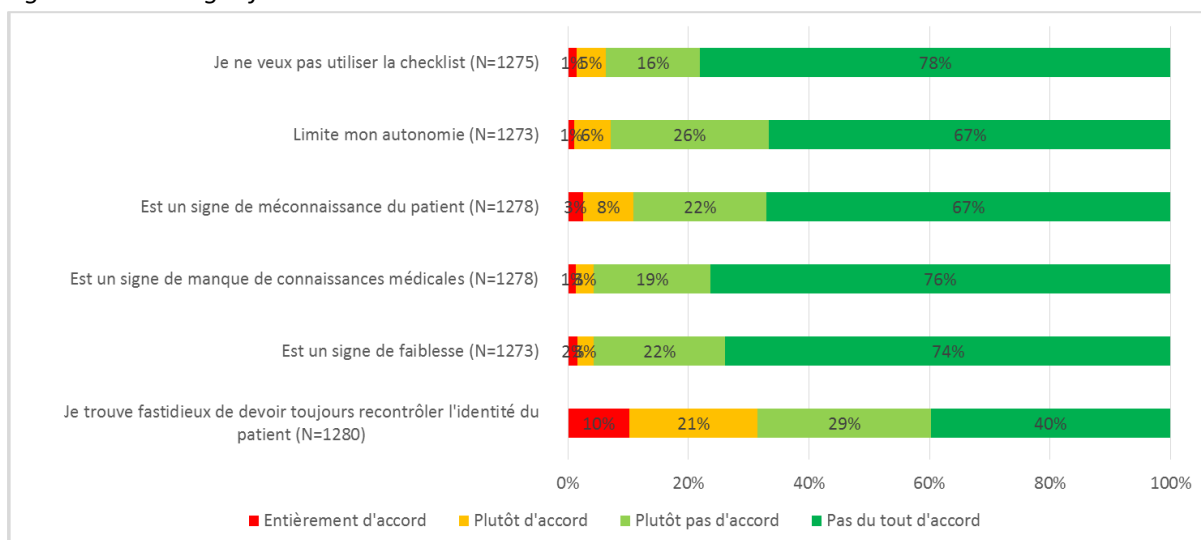


L'analyse des résultats par groupe professionnel et par années d'expérience n'a décelé que peu ou pas de différences significatives, sauf en ce qui concerne les items « renforcement de la sécurité » ($p < 0,05$), « appréciation du patient » ($p < 0,05$) et « nécessité de la SSC » ($p < 0,001$). Pour ces items, les infirmiers étaient significativement plus souvent d'accord que les chirurgiens et les anesthésistes.

3.3.2 Avis négatifs

C'est surtout le contrôle répété de l'identité du patient qui est perçu comme fastidieux (31 %, $n=403$). Presque personne ne considère que l'utilisation de la check-list est un signe de faiblesse ou de manque de connaissances médicales (cf. 5% et 4 %) (cf. figure 6).

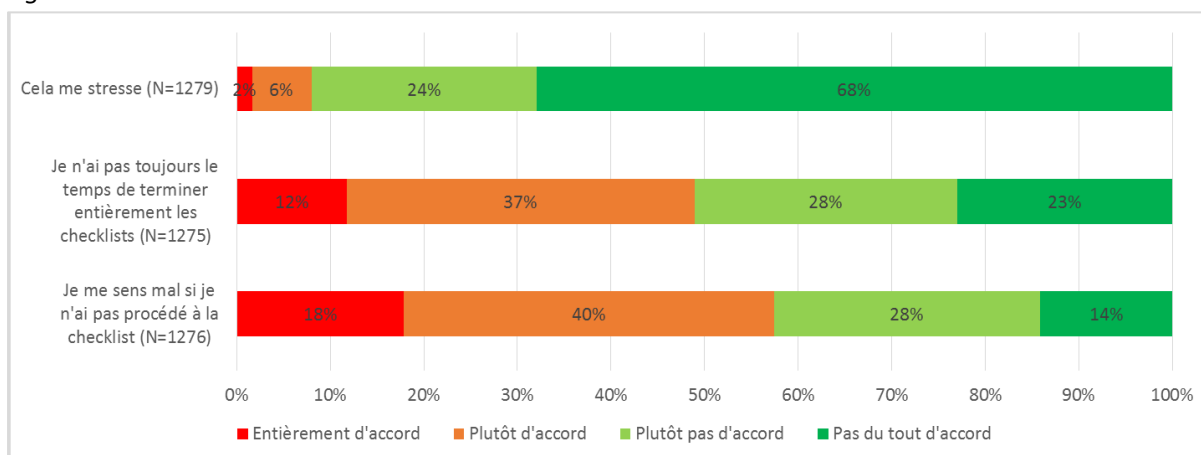
Figure 6 : avis négatifs sur l'utilisation de la check-list



3.3.3 Ressenti

Les participants éprouvent moins de stress lorsqu'ils utilisent la SSC (92%, $n=1\ 177$), bien que près de la moitié estime ne pas avoir toujours suffisamment de temps pour la compléter correctement ($n=624$). Plus de la moitié des participants se sent mal à l'aise si la SSC n'est pas bien complétée (57%, $n=733$) (cf. figure 7).

Figure 7 : ressenti lors de l'utilisation de la check-list



3.4 Pression

Les pressions ressenties peuvent être tant positives que négatives et être différentes selon la catégorie ou le groupe professionnel.

Ce sont les chirurgiens qui poussent le moins souvent à utiliser la SSC (18 %, n=151) et le plus souvent à ne **pas** l'utiliser (25 %, n=211).

Généralement, c'est la direction qui exerce la plus grosse pression à l'utilisation de la check-list (78 %, n=876), suivie par les chefs de service (73 %, n=797), ce qui est logique dans la mesure où l'utilisation de la SSC a un contenu stratégique. Son utilisation systématique fait partie des critères d'accréditation et des normes tant de la JCI que du NIAZ (Qmentum) et fait également l'objet d'un contrôle de la part de la Vlaamse Zorginspectie (Inspection flamande des soins).

Plus de la moitié des participants se sont sentis poussés par leurs collègues à utiliser la check-list (53%, n=616) et 43 % (n=365) ont perçu positivement l'incitation des anesthésistes. Les collègues sont ceux qui incitent le moins à ne **pas** utiliser la check-list (5 %, n=62).

Les médecins ressentent le moins souvent la contrainte. En revanche, les infirmiers ressentent plus souvent une pression à utiliser la SSC venant de la part des anesthésistes ($p<0.01$), des collègues ($p<0.0001$) et du chef de service ($p<0.00001$). Ce groupe infirmier ressent par contre, bien plus que les anesthésistes, une pression à ne pas utiliser la check-list venant des chirurgiens. ($p<0.05$). Ce sont les chirurgiens qui ressentent le moins de pression de la part du chef de service à utiliser la check-list ($p<0.00001$).

L'expérience joue également un rôle dans notre perception de la pression. Les professionnels les moins expérimentés (<1 an) ressentent le plus de pression à utiliser la check-list : pression des chirurgiens ($p=0.001$), des anesthésistes ($p<0.0001$), des collègues ($p<0.00001$) et du chef de service ($p<0.05$). Ils ne ressentent par contre pas significativement plus ou moins de pression à ne **pas** utiliser la check-list, en comparaison avec les autres professionnels de la santé travaillant au bloc opératoire.

Il est néanmoins surprenant que les professionnels de la santé ayant le plus d'expérience ressentent plus de pression de la part du management, tant pour utiliser la check-list ($p=0.008$) que pour ne **pas** l'utiliser ($p=0.02$). Ces professionnels sont peut être considéré par la direction comme des leaders d'opinion.

Les figures 8 et 9 expriment la pression ressentie comme positive à utiliser la check-list. Les figures 10 et 11 illustrent de leur côté la pression ressentie comme négative.

Figure 8 : pression ressentie comme positive à l'utilisation de la check-list, par groupe professionnel ou catégorie professionnelle

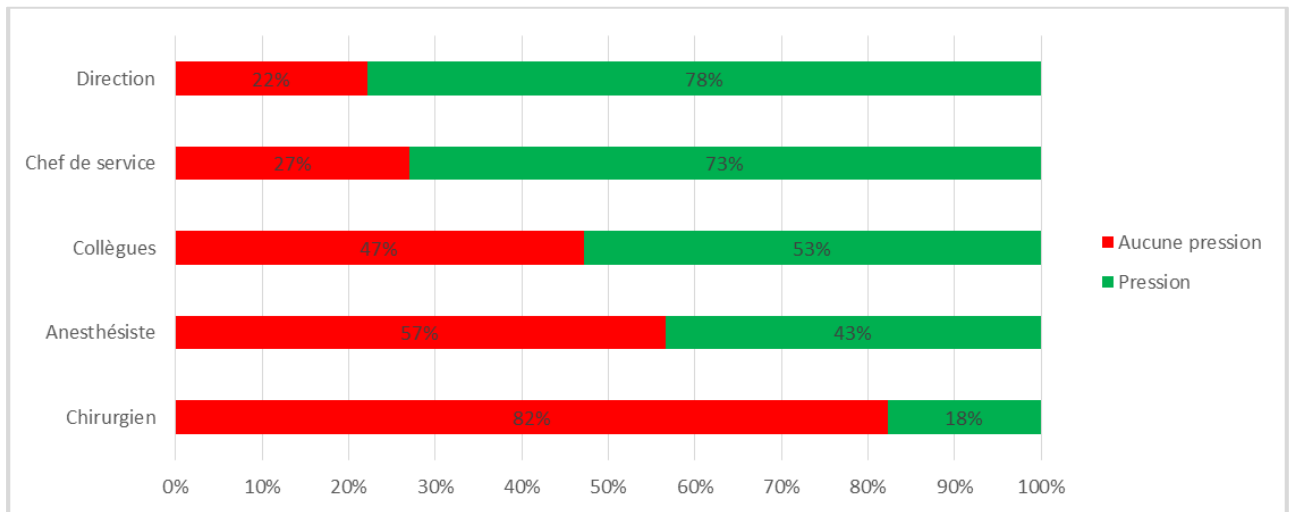


Figure 9 : pression ressentie comme positive à l'utilisation de la check-list, par groupe professionnel ou catégorie professionnelle

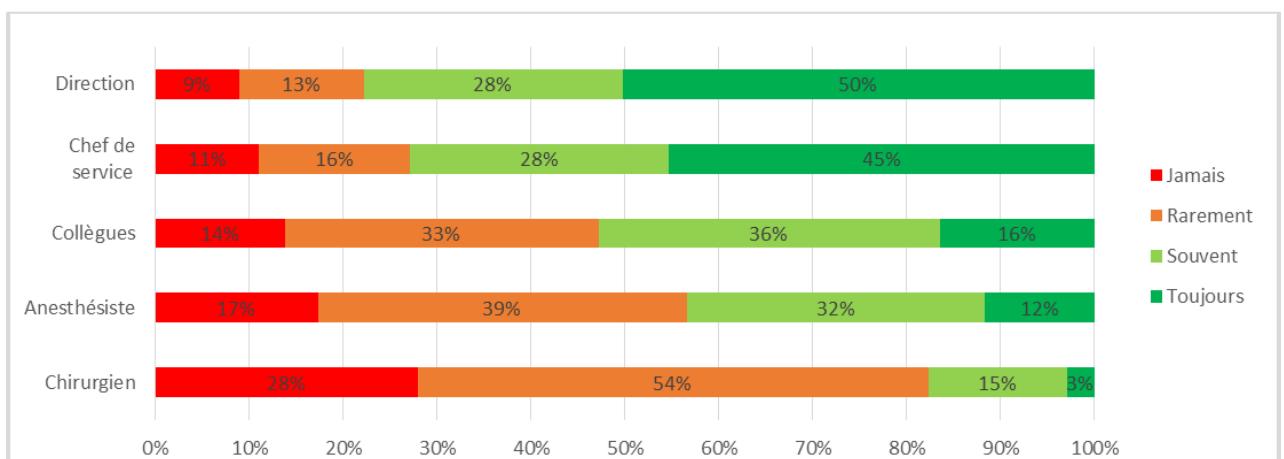


Figure 10 : pression ressentie comme négative à l'utilisation de la check-list, par groupe professionnel ou catégorie professionnelle

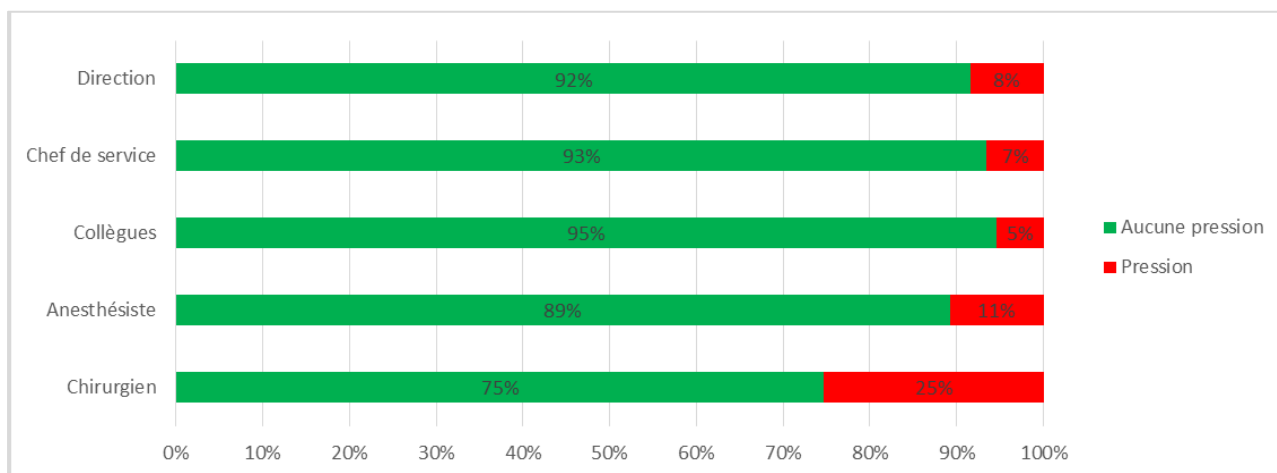
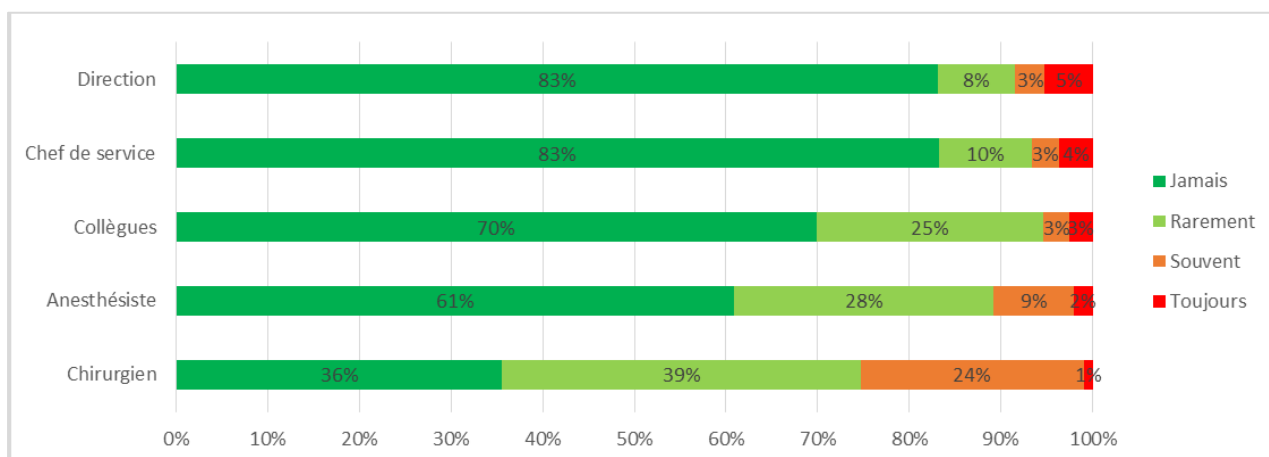


Figure 11 : pression ressentie comme négative à l'utilisation de la check-list, par groupe professionnel ou catégorie professionnelle



3.5 Nécessité et utilité des items issus de la check-list originale de l'OMS

3.5.1 Nécessité et utilité des items par rubrique

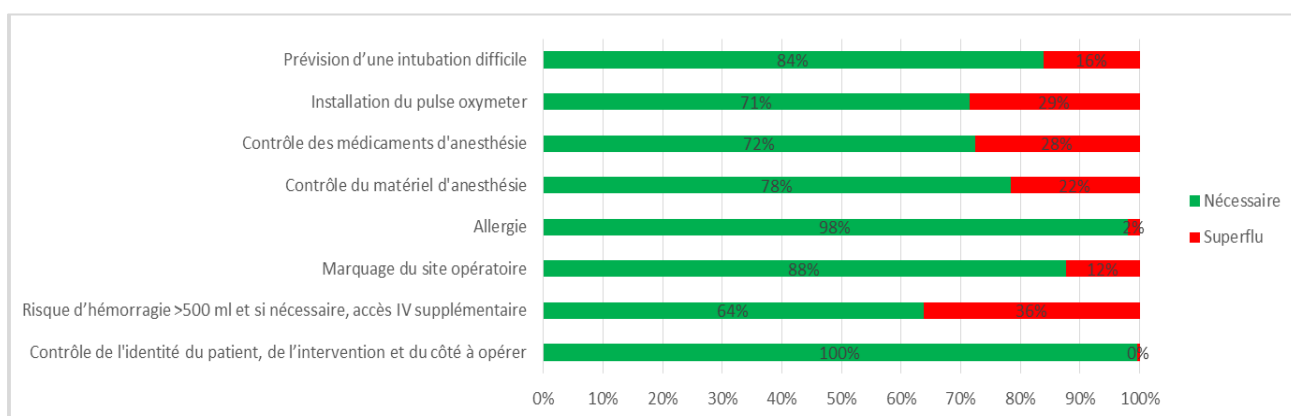
Dans la dernière partie de l'enquête, les participants sont interrogés sur l'utilité des items respectifs de la SSC originale et sur la nécessité selon eux de les conserver. Chaque item des 3 rubriques (*Sign In, Time Out et Sign Out*) a été évalué.

3.5.2 Sign In

Ce sont les items « installation de l'oxymètre de pouls », « contrôle du matériel d'anesthésie » et « risque d'hémorragie >500ml et, si nécessaire, accès IV supplémentaire » qui ont été considérés comme superflus (respectivement 29 %, 22 % et 36 %). Presque tout le monde est d'accord avec la nécessité des items « contrôle de l'identité du patient, de l'intervention et du côté à opérer » et « allergie » (respectivement 99,5 % et 98 %) (figure 12).

L'importance accordée à un item dépend significativement du groupe professionnel. Chirurgiens et anesthésistes trouvent que les items directement liés à leur activité propre sont superflus. Un chirurgien sur quatre, par exemple » considère que le marquage du site est inutile, la même proportion d'anesthésistes trouve inutile de vérifier l'équipement (et 40 % de vérifier si les médicaments nécessaires sont disponibles).

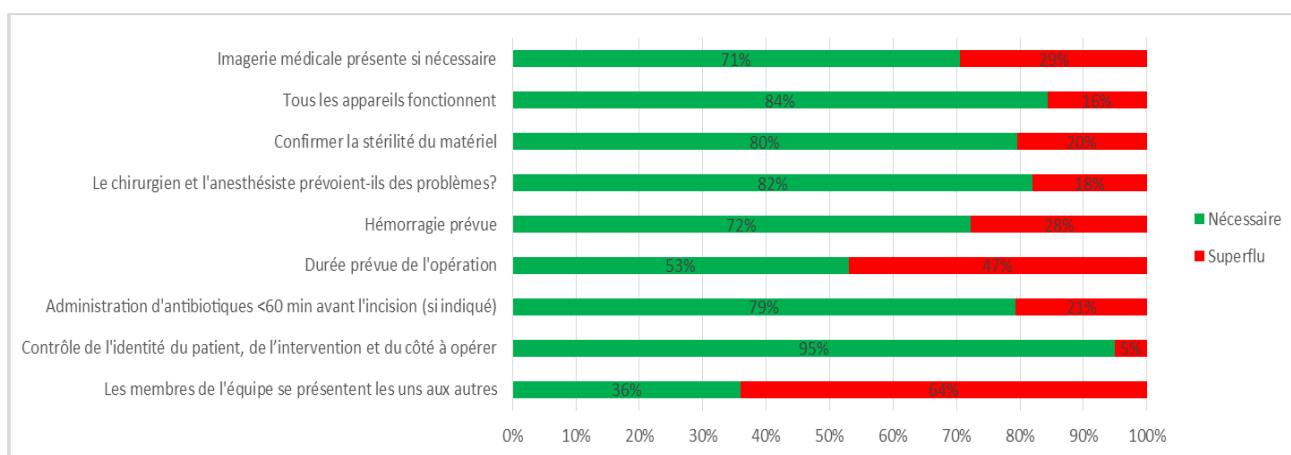
Figure 12 : évaluation des items pour la rubrique « Sign In »



3.5.3 Time Out

Ce sont les items « présentation de l'équipe » et « estimation de la durée prévue de l'opération » qui ont été considérés le plus souvent comme superflus (resp. 64 % et 47 %). Les items les mieux appréciés étaient « contrôle de l'identité du patient, de l'intervention et du côté à opérer » et le « contrôle des appareils » (respectivement 95 % et 84 %).

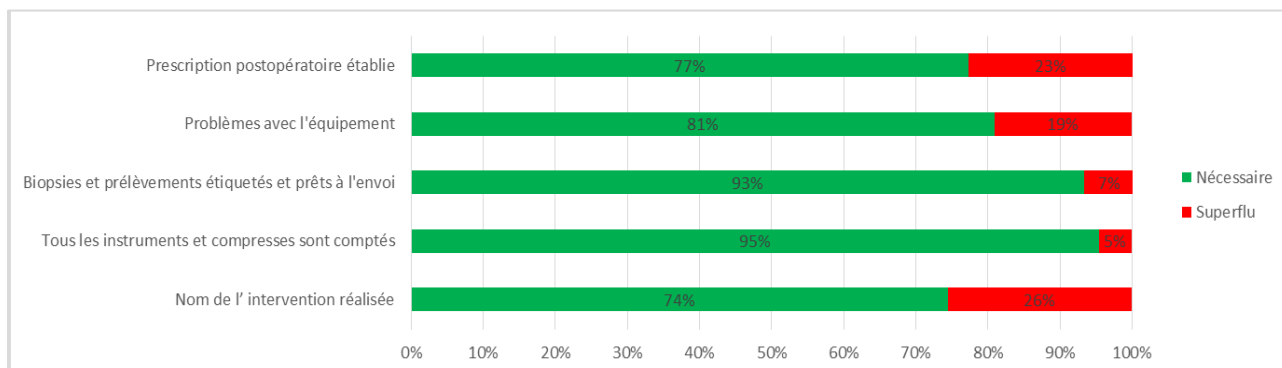
Figure 13 : évaluation des items pour la rubrique « Time Out »



3.5.4 Sign Out

Le « nom de l'intervention réalisée » et la « prescription postopératoire réalisée » s'avèrent être les éléments jugés les plus superflus (respectivement 26 % et 23 %). Presque tout le monde est d'accord avec « l'étiquetage des biopsies » et le « comptage des instruments et compresses » (respectivement 93 % et 95 %).

Figure 14 : évaluation des items pour la rubrique « Sign Out »



3.5.5 Nécessité et utilité des items selon le groupe professionnel

Les anesthésistes considèrent, les items suivants comme superflus : l'indication « hémorragie prévue » ($p < 0.0001$), « l'absence d'allergie » ($p = 0.001$), le « contrôle des médicaments d'anesthésie » ($p < 0.00001$), « l'installation de l'oxymètre de pouls » ($p = 0.0001$), la « prévision d'une intubation difficile » ($p < 0.0001$), les « problèmes avec l'équipement » ($p < 0.01$) et la « répétition du nom de l'intervention réalisée » ($p = 0.002$).

Les chirurgiens considèrent, plus souvent que les autres professionnels de la santé, « le marquage du site opératoire » ($p < 0.00001$) et le « comptage des compresses » ($p = 0.0001$) comme superflus.

Les infirmiers ne sont pas convaincus par les items « administration d'antibiotiques » ($p < 0.001$), « durée prévue de l'opération » ($p = 0.0001$) et « problèmes avec l'équipement » ($p < 0.01$). En revanche, ils estiment que les items « vérification de la stérilité du matériel » et « la présence d'allergie » sont très importants.

4 Conclusion

Même si cette étude nous apprend que la check-list est de mieux en mieux utilisée, il reste une place pour l'amélioration. Les avis positifs sur l'utilisation de la check-list dominent les opinions négatives.

Cette enquête a confirmé la répartition attendue du sentiment de pression entre les professionnels au sein du bloc opératoire ; les médecins sont ceux qui se sentent le moins contraints à utiliser la check-list, et c'est l'encouragement venu de la direction qui est le plus perçu.

La nécessité des items de la SSC originale fait l'objet de discussions. Le degré d'importance accordé à un item dépend fort du groupe professionnel. De manière générale, les participants considèrent comme superflus les items sur le contrôle de l'hémorragie, la présentation de l'équipe, la durée prévue de l'opération et le nom de l'intervention réalisée. Presque tout le monde est d'accord avec la nécessité des items « contrôle de l'identité du patient, de l'intervention et du côté à opérer », « allergie », « contrôle des appareils » et « comptage des instruments et compresses ».

L'importance accordée à un item dépend fort du groupe professionnel. Chirurgiens et anesthésistes trouvent que les items directement liés à leur activité propre sont superflus. Un chirurgien sur quatre, par exemple, considère que le marquage du site est inutile, la même proportion d'anesthésistes trouve inutile de vérifier l'équipement (et 40 % de vérifier si les médicaments nécessaires sont disponibles). Chacun semble penser que les éléments qui dépendent de sa responsabilité propre sont déjà assez pris en compte et ne nécessitent pas de contrôle supplémentaire. L'expérience et la littérature démontre par exemple que les erreurs de site existent toujours.¹

Il est encourageant de constater que la check-list est bien acceptée et utilisée, mais un travail d'éducation et de formation est encore nécessaire

¹ The estimated rate of wrong site surgery varies widely ranging from 0.09 to 4.5 per 10,000 surgeries performed. Devine et al, 2010. Avoiding wrong site surgery: A systematic review