



Article original



Évaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II)[☆]

Assessment of the check-list in the operating room: Perceptions of caregivers and physicians (level II assessment)

P. Hacquard^a, C. Cunat^b, C. Toussaint^c, A. Auclair^c, M.-A. Malecot^c, M.-F. Ginet^c, Pauline Brun^a, N. Pecquerie^a, J.-C. Lifante^d, V. Flatin^b, V. Piriou^{a,*}

^a Service d'anesthésie réanimation, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices Civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

^b Direction de la qualité des hospices civils de Lyon, 3, quais des célestins, 69002 Lyon cedex, France

^c Cadres de santé de bloc opératoire, centre hospitalier Lyon-Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

^d Service de chirurgie digestive et endocrinienne, centre hospitalier Lyon-Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 avril 2012

Accepté le 24 janvier 2013

Mots clés :

Check-list

Sécurité

Évaluation

Bloc opératoire

Chirurgie

Audit

Évaluation des pratiques professionnelles

R É S U M É

Objectif. – Évaluer, un an après le déploiement de la check-list sur le centre hospitalier Lyon Sud (CHLS – HCL), la perception du personnel médical et paramédical en ce qui concerne l'intérêt de la check-list et son niveau d'intégration dans l'organisation du bloc opératoire.

Type d'étude. – Enquête descriptive, questionnaires et audits.

Matériels et méthodes. – Distribution de questionnaires individuels à l'ensemble des personnels du bloc opératoire et réalisation d'audits observationnels dans les blocs opératoires afin d'évaluer de manière objective la qualité de la réalisation de la check-list (niveau II de la HAS).

Résultats. – Les personnels médicaux et paramédicaux participent de façon équivalente à la check-list. Les résultats déduits des questionnaires individuels, en accord avec l'audit observationnel, révèlent une réalisation inégale des trois phases, avec une phase 3 quasiment jamais exécutée et un temps de pause non conforme aux consignes de la HAS dans deux tiers des cas. La perception des soignants et des médecins diverge. Même si les soignants et les médecins sont en accord pour affirmer que la check-list est une affaire d'équipe et qu'elle est utile, les paramédicaux constatent un manque d'investissement et de leadership de la part des médecins, ainsi que des problèmes de communication, responsables d'un sentiment d'irrespect à l'égard des items lorsqu'ils assurent le rôle de coordonnateur.

Conclusion. – Ce questionnaire et cet audit de pratique révèlent une bonne adhésion au concept, car la check-list de bloc opératoire est jugée utile par l'ensemble du personnel. Cependant, elle est considérée comme une formalité supplémentaire et sa réalisation complète est rare. Il existe un problème de distribution et d'acceptation des rôles, le personnel paramédical se retrouvant souvent seul acteur de la check-list compte tenu d'un manque d'investissement médical.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – To assess, a year after the deployment of the check-list in the centre hospitalier Lyon Sud (CHLS – HCL), the perception of medical and nursing staff regarding the advantages of the check-list and its level of integration within the overall organization of the operating room.

Type of study. – Descriptive study, questionnaires and audits.

Materials and methods. – Distribution of individual questionnaires to the entire operating room staff, and observational audits in the operating room, to objectively assess the quality of implementation of the check-list (level II of the HAS – French National Authority of Health).

Keywords:

Surgical check-list

Care safety

Assessment

Operating room

Surgery

Audit

Practical assessment

[☆] Ce travail a été présenté oralement aux journées nationales de la HAS, Lyon le 17 novembre 2011 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1072155/rencontres-has-2011-accroitre-la-securite-du-patient).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vincent.piriou@chu-lyon.fr (V. Piriou).

Results. – The medical and nursing staff participated equally in using the check-list. This was derived from the individual questionnaires and reinforced by the observational audit; they also revealed an uneven implementation of the three phases, with phase 3 almost never performed. In two-third of the cases, the time-out requirements did not comply with HAS instructions. Nurses and physicians perceived the check-list differently. Even though they agreed that the check-list should be a team effort and is useful, nurses noted a lack of investment and leadership from doctors, in addition to communication problems, which led to a feeling of disrespect towards them when they play the role of the check-list coordinator.

Conclusion. – The questionnaire and the audit of practice showed strong adherence to the concept in that the surgical check-list was considered useful by all staff. However, it was also considered to be an added formality and its full implementation was rare in practice. There was a problem of distribution and acceptance of roles with nurses often observing that they were the only ones strictly following the check-list due to a lack of medical investment.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

En France, depuis janvier 2010, la Haute autorité de santé (HAS), inspirée de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » de l'OMS, a mis en place une check-list exigible lors de la procédure de certification des établissements de santé. Sa mise en place est systématiquement vérifiée par les experts-visiteurs, à partir de l'étude des manuels V2007 et V2010, cette check-list est aussi utilisée dans le cadre de l'accréditation des disciplines à risques [1]. Il s'agit d'un outil visant à renforcer la culture de sécurité au bloc opératoire et à améliorer la communication entre les membres de l'équipe opératoire par une vérification croisée d'informations aux trois temps d'une intervention chirurgicale [2]. En parallèle, parce qu'il est difficile d'imposer un nouvel outil et de modifier les pratiques professionnelles ancrées au sein d'un bloc opératoire sans en accompagner le changement, la HAS a proposé un programme d'évaluation de la check-list en quatre phases afin d'aider les équipes à appréhender les difficultés concernant sa mise en place et sa réalisation au bloc opératoire (phase I : quantitative – La check-list est-elle réalisée ? ; phase II : qualitative – La check-list est-elle bien réalisée ? ; phase III – La check-list a-t-elle un impact sur la sécurité/qualité/gestion des risques au sein des équipes ; phase IV – La check-list a-t-elle un impact sur la morbi-mortalité des patients opérés ?). Ainsi, un an après le déploiement de la check-list aux hospices civils de Lyon [3], une analyse qualitative de sa mise en place (niveau II) a été menée sur le site hospitalo-universitaire du centre hospitalier Lyon Sud (hospices civils de Lyon) en suivant une méthode d'évaluation très proche de celle proposée par la HAS.

2. Matériels et méthodes

La HAS a proposé un outil d'évaluation de la check-list en quatre niveaux (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/cl_documentautoevaluation_vvd.pdf). Le questionnaire utilisé dans ce travail a été construit à partir du questionnaire HAS en cours de création à l'époque, puis a été revu et adapté à l'organisation locale par le groupe de travail du CHLS composé de cadres de blocs opératoires, de chirurgiens et d'anesthésistes-réanimateurs (Annexe S1).

2.1. Mise en place de la check-list dans l'établissement

Le centre hospitalier Lyon Sud (CHLS) fait partie des hospices civils de Lyon. Il s'agit d'un hôpital au sein duquel la plupart des disciplines chirurgicales sont représentées, hormis la chirurgie cardiovasculaire, thoracique et la neurochirurgie. L'établissement comprend environ 1100 lits MCO, et est composé de 27 salles d'opération. La check-list a été introduite dans les blocs opératoires

du CHLS, à partir d'avril 2010 [3]. Initialement manuscrit, le remplissage de la check-list a été informatisé à partir de juillet 2011. La check-list, mise en œuvre au sein de l'établissement, correspond à la version 2010 éditée par la HAS.

2.2. Évaluation de la check-list

Une évaluation quantitative de la check-list (niveau I) a été mise en place de manière concomitante à son implémentation, soit sous forme d'audits régulièrement réalisés dans le cas des blocs opératoires où le remplissage de la check-list était manuscrit, soit de façon automatisée par voie informatique lorsque la check-list était informatisée.

Une évaluation qualitative (niveau II) de la réalisation de la check-list a été effectuée au sein de l'établissement de juin à août 2011 à partir de questionnaires individuels et par un audit externe de pratiques (Annexe S1).

2.2.1. Questionnaire individuel

Après que l'information ait été faite à tout le personnel du bloc opératoire, les questionnaires individuels (Annexe S1) ont été distribués en main propre par le cadre de santé de proximité au personnel médical (anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et internes) et paramédical (infirmières anesthésistes, infirmières instrumentistes et circulantes). Afin d'obtenir le maximum de réponses, seuls les blocs opératoires ayant obtenu de bons résultats à l'évaluation quantitative de niveau I (bloc opératoire de chirurgie viscérale, d'orthopédie, d'urologie, et de chirurgie ambulatoire et céphalique) ont participé à l'étude. Du fait d'un défaut de réalisation de la check-list, les blocs d'urgences, de gynécologie et d'obstétrique n'ont pas été inclus. Les questionnaires ont été analysés anonymement, seules la catégorie professionnelle et la spécialité chirurgicale étaient mentionnées. Un listing des personnes ayant reçu le questionnaire a été établi dans le but d'être le plus exhaustif dans la distribution et la récupération des questionnaires.

Ce questionnaire est composé de 19 items et comprend, outre des informations sur les caractéristiques de la personne qui répond, les groupes de questions suivantes :

- les difficultés rencontrées pour la mise en place de la check-list ;
- l'investissement et le rôle de chaque catégorie professionnelle ;
- l'avis global sur l'intérêt et la qualité de la réalisation de la check-list ;
- les freins possibles à l'utilisation de la check-list.

2.2.2. Audit de pratique

Parallèlement, des audits externes de pratique (Annexe S2) permettant d'évaluer neuf critères à chaque phase de la check-list

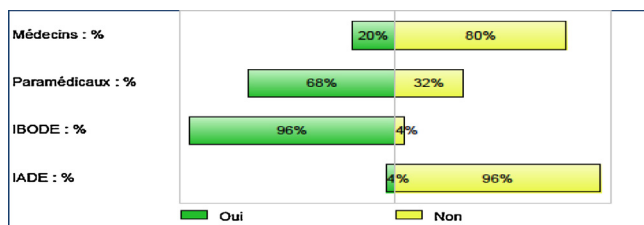


Fig. 1. Qui assure le rôle de coordonnateur ?

(avant l'induction, avant l'incision et après l'intervention) ont été réalisés dans les blocs opératoires au sein desquels ont été distribués les questionnaires. Ces audits ont été réalisés du 20 juin au 8 juillet 2011 par des internes d'anesthésie et des cadres de santé n'appartenant pas à la spécialité qui leur était confiée. Ils avaient pour objectif d'évaluer si la check-list était bien renseignée et si les conditions de réalisation étaient adéquates, avec un niveau suffisant de communication au sein de l'équipe, permettant un partage optimal des informations et une vérification croisée des critères portés par la check-list. Afin de ne pas modifier les pratiques habituelles de chaque bloc, le personnel n'avait pas été informé de cet audit.

2.2.3. Analyse des réponses

Les données ont été saisies sur le logiciel ETHNOS et analysées par corps de métier pour les questionnaires. Elles ont été présentées au personnel de bloc opératoire le 30 janvier 2012.

3. Résultats

3.1. Questionnaire et audit

Cent soixante-dix-sept questionnaires ont été analysés, soit un taux de retour de 88 %. La répartition de la population était la suivante : 29 % d'infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e) d'état (IBODE), 24 % de chirurgiens, 16 % d'anesthésistes-réanimateurs, 14 % d'infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e) d'État (IADE) et 12 % d'internes de chirurgie. L'audit de pratique a été réalisé au sein de 11 blocs opératoires différents (chirurgie viscérale, orthopédie, ORL, urologie, chirurgie ambulatoire). Soixante-quatre interventions chirurgicales ont été auditées et réparties de la façon suivante :

- 16 audits en chirurgie viscérale ;
- 14 audits en chirurgie ambulatoire (orthopédie, ophtalmologie, chirurgie viscérale et urologique) ;
- 12 audits en chirurgie urologique ;
- 12 audits en chirurgie ORL ;

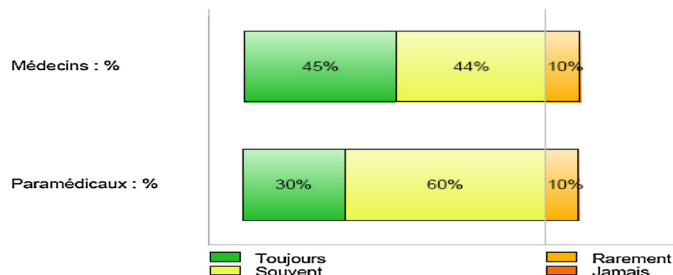


Fig. 2. La check-list est-elle systématiquement réalisée ? Opinions des médecins et paramédicaux.

- dix audits en chirurgie orthopédique.

3.2. Acteurs de la check-list

Les personnels médicaux et paramédicaux déclarent participer de façon équivalente à la check-list puisque 87 % des médecins et 92 % des infirmières disent participer toujours ou souvent à la check-list.

Le rôle de coordonnateur est assuré par l'infirmière instrumentiste IBODE dans 96 % des cas. Seulement 20 % des médecins affirment assurer parfois ce rôle (Fig. 1).

L'audit de pratiques révèle que lors de la phase I de la check-list, l'infirmière circulante (IBODE) déclenche dans 64 % des cas la vérification des items et l'anesthésiste-réanimateur dans 7 %. Pour la phase II et III, c'est majoritairement l'IBODE (70 et 71 % des cas, respectivement) suivie du chirurgien (18 % des cas pour les deux phases) qui déclenche la vérification des items.

Plus de 70 % du personnel estime que les acteurs garants de la sécurité au bloc opératoire sont représentés par une équipe associant le chirurgien, l'anesthésiste, l'infirmière anesthésiste et l'infirmière instrumentiste et circulante, plutôt que par une catégorie professionnelle isolée.

Avant l'introduction de la check-list, 15 % des médecins et 38 % des paramédicaux avaient bénéficié d'une formation spécifique sur l'intérêt et l'utilisation de la check-list, formation qui avait été proposée à tous par l'établissement. La check-list est considérée utile pour 87 % des personnes qui ont bénéficié de cette formation.

3.3. Réalisation de la check-list

L'analyse du questionnaire révèle que 45 % des médecins et 30 % des paramédicaux estiment que la check-list est toujours réalisée (Fig. 2). La participation aux trois phases de la check-list apparaît très inégale entre le corps médical et paramédical (Fig. 3). Lors de la première phase, donc avant l'induction, 24 % des médecins et 56 % des infirmières déclarent réaliser systématiquement la vérification

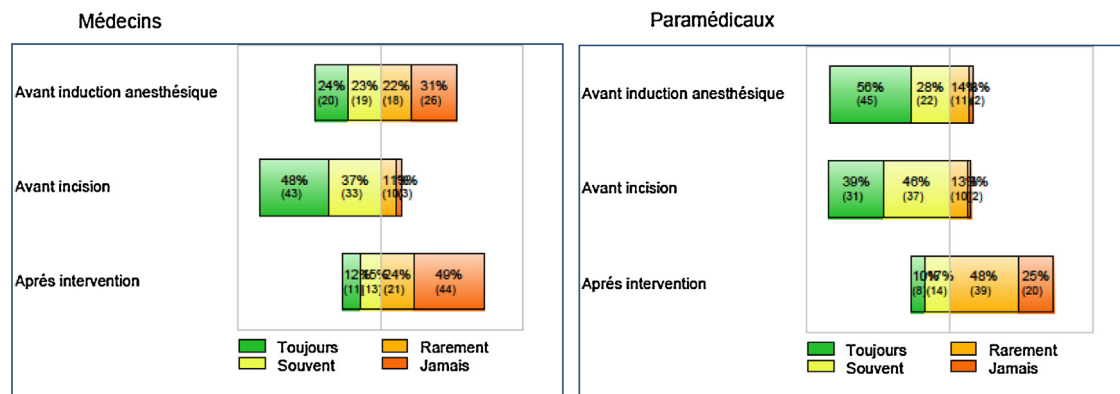


Fig. 3. Participation à la check-list en fonction de la période et de la catégorie professionnelle.

Tableau 1
Limites et contraintes liées à la check-list.

	Médicaux (%)	Paramédicaux (%)
Formalité administrative supplémentaire	71	75
Nécessité de la présence simultanée de toute l'équipe	60	81
Difficulté de prise de parole	13	52
Problème de communication médical/paramédical	11	41
Problème de communication chirurgical/anesthésiste	14	36
Peur d'engager sa responsabilité	1	9
Peur de contredire la réponse d'un supérieur hiérarchique	1	9

Proportion en pourcentage du personnel médical et paramédical considérant ces affirmations comme des contraintes.

des items. Lors de la phase II, donc avant l'incision, 48 % des médecins et 39 % des infirmières affirment réaliser systématiquement la vérification des items. Enfin, la phase III réalisée après l'intervention est globalement non exécutée par les deux catégories professionnelles (12 % des médecins et 10 % des paramédicaux disent que cette phase est toujours réalisée).

Treize et 36 % des médecins et 6 et 22 % des paramédicaux affirment respecter toujours ou souvent le temps de pause, au cours de la phase II. Cependant, l'audit observationnel a permis de mettre en évidence une mauvaise qualité du temps de pause avant incision, en effet, l'activité n'est pas suspendue dans 62 % des cas. L'audit de pratique révèle que le silence nécessaire à la communication entre les individus est obtenu dans 87 et 85 % des cas pour la phase I et II et seulement dans 37 % des cas pour la phase III.

3.4. Limites et contraintes de la check-list

La réalisation de la check-list est jugée utile pour 80 % des personnels médicaux et paramédicaux, mais représente une contrainte pour 70 % d'entre eux. Parmi les coordonnateurs de la check-list, 61 % des médecins et 64 % des paramédicaux pensent que ce n'est pas à eux d'assurer ce rôle. Quatre-vingt-cinq pour cent des médecins assurant le rôle de coordonnateur ont le sentiment d'être respectés, alors que ce n'est le cas que pour 51 % des paramédicaux qui assurent ce rôle.

Lorsqu'on analyse les difficultés rencontrées et ressenties par les médicaux et paramédicaux pour la mise en place de la check-list (Tableau 1), on retrouve l'ajout d'une formalité administrative supplémentaire et la nécessité de la présence simultanée de toute l'équipe. La peur d'engager sa responsabilité ou de contredire la réponse d'un supérieur hiérarchique ne constitue pas une limite à la réalisation de la check-list pour l'ensemble du personnel. En revanche, le personnel paramédical témoigne de certaines difficultés non ressenties par les médecins : il s'agit de la difficulté de prise de parole, de l'absence de soutien entre les professionnels de l'équipe et de problèmes de communication entre le personnel médical et paramédical d'une part, et le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur, d'autre part.

Tableau 2
Type et fréquence des erreurs détectées grâce à la check-list.

	Médicaux n (%)	Paramédicaux n (%)
Erreur de côté	5 (18)	6 (20)
Allergie	5 (18)	1 (3)
Mauvaise installation	4 (14)	3 (10)
Oubli antibiotique	4 (14)	2 (7)
Absence de document	3 (11)	11 (37)

D'après le questionnaire individuel, 33 % de la population interrogée a déjà détecté une erreur grâce à la check-list (Tableau 2). Pour les médecins, les principales erreurs mises en évidence sont : erreur de côté, oubli d'une allergie, mauvaise installation et oubli de l'antibiotique. Pour les paramédicaux, les principales erreurs évitées sont : absence d'au moins un des documents nécessaires, erreur de côté, mauvaise installation et oubli de matériel chirurgical avant la chirurgie.

4. Discussion

En France, 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année et 60 000 à 95 000 événements indésirables graves surviendraient dans la période périopératoire, dont près de la moitié sont considérés comme évitables [4–7].

La mise en place de la check-list, obligatoire et exigible lors de la certification des établissements de santé depuis le 1^{er} janvier 2010, est considérée comme bénéfique pour la sécurité du patient au bloc opératoire. En effet, plusieurs travaux récents confirment que son utilisation permet de réduire la morbi-mortalité périopératoire [4,8,9]. Pour obtenir de tels résultats, la check-list doit non seulement être remplie systématiquement, mais elle doit surtout être remplie correctement et consciencieusement et correspondre à un changement de pratique témoin d'un changement de culture en ce qui concerne la sécurité des soins. Van Klei et al. [10] ont mis en évidence un taux de mortalité significativement plus faible lorsque la check-list était entièrement remplie.

Cette étude qualitative (évaluation de phase III), menée au centre hospitalier Lyon Sud (HCL) un an après l'implémentation de la check-list, nous permet de tirer plusieurs observations nous faisant penser que, bien qu'elle soit perçue comme utile, cette check-list est difficile à mettre en place au bloc opératoire et atténue le bénéfice attendu au sein de nos établissements.

Une des difficultés qui émerge de notre étude est l'absence de définition claire de la catégorie de personnel qui assume le rôle de coordonnateur de la check-list. La HAS précise qu'il doit s'agir le plus souvent d'un personnel infirmier en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur sans que l'identité du coordonnateur ne soit clairement définie. Or, même si 80 % du personnel médical et paramédical déclarent que la check-list est utile, il apparaît que deux tiers d'entre eux pensent que le rôle de coordonnateur ne doit pas leur être attribué. Ce rôle semble s'être naturellement imposé aux paramédicaux au sein de notre établissement.

Un autre problème soulevé par cette étude et déjà mis en évidence dans une publication française récente [11] est la difficulté au remplissage de la check-list. En effet, une étude observationnelle menée six mois après l'implantation de la check-list dans deux hôpitaux lorrains (le CHU de Nancy et un établissement participant au service public hospitalier [PSPH] de Metz) constatait des freins similaires à ceux que nous avons observés sur notre site, puisqu'un tiers du personnel estimait qu'il s'agissait d'une tâche malaisée et la moitié déclarait avoir des problèmes avec la formulation de certains items qui pouvaient être sources d'erreurs de remplissage. Par ailleurs, en 2010, une évaluation quantitative et qualitative de la réalisation de la check-list au bloc opératoire de 17 des 20 centres de lutte contre le cancer conforte cette impression de difficulté de remplissage des items pour plusieurs raisons [12] :

- d'une part, la difficulté à rassembler tous les membres du personnel par contraintes organisationnelles, avec la présence de l'anesthésiste-réanimateur seulement pour les phases I et III et la fréquente absence du chirurgien lors de la phase III ;
- d'autre part, l'ambiguïté de certaines questions.

Les auteurs proposaient plusieurs solutions afin de garantir l'intérêt de la check-list : une meilleure formation du personnel sur l'interprétation des items, une organisation plus stricte du mode de vérifications des items avec un rôle déterminé pour chaque acteur du bloc opératoire, une publication des chiffres de complétude afin de motiver les équipes et développer l'implication médicale.

Par ailleurs, on constate un désintérêt et un manque d'investissement de la part du corps médical. Cette absence de leadership est ressentie par le personnel paramédical et représente une source de démotivation [13]. De plus, le rôle de coordonnateur, attribué instinctivement au personnel paramédical et principalement aux IBODE, apparaît comme une difficulté puisque 51 % des paramédicaux éprouvent un sentiment d'irrespect lors de la vérification des items, sentiment non ressenti par l'ensemble du corps médical lorsque ce rôle lui est confié. Cette constatation a déjà été rapportée dans une étude réalisée à l'hôpital Beaujon (AP-HP) en 2010 [14], où le rôle du coordonnateur, assuré par l'IBODE, est source de difficulté. Dans cette étude, 80 % des IBODE déclarent éprouver des difficultés avec la check-list (prise de parole difficile dans 48 % des cas, indifférence de l'équipe chirurgicale dans 70 % des cas et documents inadaptes dans 61 % des cas).

La perception des infirmières et des médecins est différente, globalement, les médecins considèrent que la check-list est quasiment toujours réalisée correctement alors que le personnel paramédical constate plus fréquemment la non-réalisation partielle ou totale de la check-list, notamment lors de la phase I, où seulement 24 % des médecins sont présents, et de la phase III qui n'est quasiment jamais réalisée. L'audit observationnel des pratiques confirme la vision plus réaliste du personnel paramédical.

Ce problème soulève un manque certain de communication [15] au sein des équipes médicales (anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens) d'une part, et des équipes médicales et paramédicales d'autre part, puisqu'environ 40 % des deux catégories professionnelles contestent le fait que la check-list renforce la communication au sein de l'équipe. Notre étude montre que ces problèmes de communication, que ce soit entre médecins, ou entre médecins et soignants, sont clairement sous-estimés et occultés par le corps médical. Linguard et al. [16] ont rapporté en 2008 une étude monocentrique prospective évaluant l'impact de la communication entre les professionnels de santé via l'utilisation d'une check-list sur la réduction du nombre d'événements indésirables. Les auteurs ont mis en évidence, d'une part une meilleure communication entre les acteurs du bloc opératoire avec, respectivement, une moyenne de 3,95 et 1,31 informations non partagées avant et après la mise en place de la check-list, et d'autre part une diminution significative (71 %) des événements porteurs de risques. L'implémentation de la check-list au sein de nos blocs opératoires est un excellent outil pour améliorer la communication au sein des équipes. Une étude menée dans quatre centres hospitaliers universitaires scandinaves [17] a mis en évidence une amélioration significative de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens avec une réduction significative des événements indésirables liés à un défaut d'échange d'informations depuis l'introduction de la check-list dans leurs blocs opératoires. L'étude menée par Fourcade et al. [18], dans 18 centres anticancéreux constataient les mêmes difficultés organisationnelles et humaines liées au remplissage de la check-list.

Le temps de pause destiné à vérifier systématiquement à haute voix les procédures chirurgicales et anesthésiques envisagées et les éléments critiques à appréhender est considéré comme essentiels [19]. Notre étude montre que ce temps de pause est globalement respecté, car réalisé dans 73 % des cas selon les médecins et infirmiers. Cependant, la qualité de sa réalisation est médiocre puisque l'audit observationnel constate que l'activité n'est suspendue que dans un tiers des cas, alors que les équipes sont

observées, ce qui sous-estime probablement le taux de non-conformité.

À partir de ces constatations, nous proposons quelques solutions afin d'optimiser l'usage et le bénéfice de cette check-list. D'une part, dans le but d'améliorer des relations entre les personnels médicaux et paramédicaux et d'autre part de conforter la position de la personne responsable de la check-list en salle d'opération, il serait souhaitable de préétablir de manière formalisée la catégorie professionnelle responsable du rôle de coordonnateur. Il a aussi été décidé lors de la réunion de restitution des résultats à l'ensemble du personnel, que le temps de pause avant l'incision devait être déclenché par le chirurgien. D'autre part, les équipes médicales et paramédicales doivent régulièrement être informées de leurs résultats et confrontées aux résultats des autres blocs opératoires, en ce qui concerne l'implémentation de la check-list et des difficultés inhérentes. Enfin, l'ambiguïté de certains items, liée à leur formulation ou à leur applicabilité dans certaines spécialités, a conduit la HAS, à l'issue du rapport EPSILIM de mars 2012, à proposer aux professionnels de santé de procéder à un déploiement de la check-list en prenant en compte leurs spécificités et les freins identifiés, et donc de réaliser les adaptations nécessaires à une meilleure adoption [20].

5. Conclusion

Un an après la mise en place de la check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire », cette analyse qualitative par des questionnaires individuels et des audits observationnels révèle une adhésion mitigée de l'ensemble du personnel du bloc opératoire. La check-list est perçue différemment par les corps de métier présents au bloc opératoire, la légitimité à coordonner la check-list et les problèmes de communication représentent des obstacles majeurs. 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. Son implémentation nécessite du temps et un accompagnement pour modifier collectivement la culture de sécurité. La mise en place de la check-list est un réel changement de culture qui se traduit par une modification de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles. Il faut le temps que chacun trouve sa place et modifie sa culture et ses habitudes, et que tout le personnel travaillant au sein d'une même structure se sente concerné par cette procédure qui ne peut être utile que si elle est réalisée de manière conjointe entre tous les membres de l'équipe en renforçant la communication entre les corps de métier.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexes S1 et S2) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.01.021>.

Références

- [1] Casassus Ph, Amalberti R, Bally B, Cabarrot Ph, Bataillon R. De l'avion au bloc opératoire : première introduction de la check-list en France. Analyse de son application par les médecins engagés dans l'accréditation des disciplines à risques. *Risque et qualité en milieu de soins* 2011;8:179–88.
- [2] Rateau F, Levraut L, Colombel AL, Bernard JL, Quantara JF, Cabarrot P, et al. Check list « Sécurité du patient au bloc opératoire » : une année d'expérience

- sur 40 000 interventions au centre hospitalier universitaire de Nice. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:479–83.
- [3] Cunat C, Flatin V, Viale JP. Stratégie de déploiement de la check-list dans un CHU. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:484–8.
- [4] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725–32.
- [5] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–9.
- [6] Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) ; <http://www.drees.sante.gouv.fr/1-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies>, 6507.html.
- [7] de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010;363:1928–37.
- [8] de Vries EN, Eikens-Jansen PM, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA, et al. Prevention of surgical malpractice claims by a surgical safety checklist. *Ann Surg* 2011;253:624–8.
- [9] Cabarrot P, Bataillon R, Le Moign R. Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». Quels acquis, quelles perspectives, un an après son implantation en France. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:469–74.
- [10] Van Klei A, Hoff RG, Van Aarnhem EEHL, Simmermacher RKJ, Regli LPE, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO « surgical safety checklist » on in-hospital mortality. *Ann Surg* 2012;255:44–9.
- [11] Gueguen T, Coevoet V, Mougeot M, Pierron A, Blanquart D, Voicu M, et al. Déploiement de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » dans deux hôpitaux lorrains. Performances et difficultés. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:489–94.
- [12] Fourcade A, Minvielle E, Blache JL, Bourgain JL. Évaluation et applicabilité de la check-list HAS au quotidien/expérience des centres de lutte contre le cancer. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:495–500.
- [13] Jones JW, McCullough LB. Clinical care check lists : salvations or frustrations ? *J Vasc Surg* 2011;53:1429–30.
- [14] Paugam-Burtz C, Guerrero O. Check list sécurité au bloc opératoire : le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:475–8.
- [15] Haller G, Laroche T, Clergue F. Évènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:923–9.
- [16] Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker R, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143:12–7.
- [17] Takala RS, Pauniah SL, Kotkansalo A, Helmiö P, Blomgren K, Helminen A, et al. A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anesthesiol Scand* 2011;55:1206–14.
- [18] Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2012;21:191–7.
- [19] Hunter DN, Finney SJ. Follow surgical check lists and take time out, especially in a crisis. *BMJ* 2011;343:d8194.
- [20] Étude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » HAS mars 2012 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201203/rapport_epsilim_has_checklist.pdf.