Efficacité de la check-list sécurité péri opératoire en Afrique subsaharienne : expérience d'un hôpital militaire Togolais de niveau 2 en OPEX à Sévaré, Mali

H.-D. Sama, A.-F. Ouro Bang'na Maman, P. Hemou, F. Gnandi-Piou, E. Kpélao, A. Abalo, M. Djibril, K. Karka, M. Bélo, K. Tomta, B.-G. Songné, G Mion

Service de Santé des Armées de Lomé ; 08 BP – 8146 Tokoin TOGO.

Résumé

Introduction : la check-list opératoire a montré son efficacité dans la réduction de la morbi-mortalité péri opératoire ; l'objectif de ce travail est de l'évaluer dans le cadre des opérations extérieures au Togo.
Patients et méthode : renseignement de la check-list et distribution de questionnaires individuels à l'ensemble des personnels du bloc opératoire de l'antenne chirurgicale afin d'évaluer de manière objective la qualité de sa réalisation lors d'une enquête descriptive prospective de janvier à juin 2013.
Résultats : 15 militaires professionnels de santé ont été retenus. Tous les praticiens ont été informés de la check-list opératoire. Le personnel paramédical se sentait plus en charge de la coordination de son exécution et était convaincu de son intérêt en matière de sécurité. Quatre-vingts pour cent des paramédicaux et 60 % des médecins ont éprouvé des difficultés pour le remplissage de la check-list. La plupart ont souhaité avoir une formation médicale continue sur son utilisation.
Conclusion : la check-list opératoire est un outil indispensable à l'amélioration du travail d'équipe, au renforcement de la communication, à la standardisation de la prise en charge péri-opératoire et à la sécurité du patient. Des efforts doivent être faits en vue de son déploiement en milieu sous équipé.

Mots-clés : Antenne chirurgicale avancée. Check-list opératoire. Sécurité anesthésique.

Abstract

EFFICIENCY OF THE PERI-OPERATIVE SAFETY CHECK-LIST IN SUBSAHARAN AFRICA : THE EXPERIENCE OF A TOGOLESE MILITARY LEVEL 2 HOSPITAL IN OPEX, IN SEVARE, MALI.

Introduction : the surgical check-list has proved efficient in reducing peri-operative morbidity and mortality. The aim of this study is to assess the surgical check-list effectiveness during external operations in Togo.
Patients and methods : we proceeded to have the check-list filled in and to distribute individual questionnaires to all the members of staff of the operating theater surgical unit, so as to objectively assess the quality of its implementation, in a prospective descriptive study from January to June 2013.
Results : 15 military health professionals were selected. All practitioners were informed about the surgical check-list. Paramedics felt more in charge of the coordination of its implementation and were convinced of its role in improving safety. 80 % of the paramedics and 60 % of the doctors struggled to fill in the check-list. Most requested ongoing medical training on how to use the check-list.
Conclusion : The surgical check-list is an essential tool to improve teamwork, communication, the standardization of care and the peri-operative safety of patients. Efforts should be made to generalize its use in under-equipped locations.

Keywords: Advanced surgical unit. Anesthesia safety. Surgical check-list.

Introduction

Dans les pays industrialisés la sécurité anesthésique s'est nettement améliorée ces cinq dernières années avec la récente adoption de la check-list opératoire [1]. En France, cette *check-list* a montré son efficacité dans la réduction de la morbi-mortalité péri-opératoire [2]. En Afrique subsaharienne la sécurité anesthésique demeure problématique pour des raisons précédemment évoquées [3]. En milieu sous équipé, l'introduction de la check-list opératoire semble un impératif même si son intégration dans nos blocs opératoires est loin d'être effective [4].

Après avoir pris la relève de l'antenne chirurgicale militaire française à Birao (RCA) en 2009, le Togo vient de déployer depuis février 2013 un hôpital de niveau 2 à Sévaré (Mali) dans le cadre de la Mission Internationale de Soutien au Mali (MISMA) en collaboration avec l'opération militaire Française

« Serval ». Il nous a semblé important de mener une enquête en matière de culture de la sécurité en opérations extérieures (OPEX) avec comme objectif principal d'évaluer la check-list au bloc opératoire au Togo. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de mener une analyse qualitative sur la check-list et d'objectiver les difficultés concernant sa mise en place et sa réalisation au bloc opératoire auprès des praticiens.

Matériels et méthodes

Un accord a été obtenu avec la direction sur l'éthique et la protection des personnes de l'hôpital. Une enquête prospective descriptive a été menée du 1er janvier au 30 juin 2013 à l'hôpital togolais niveau 2 à Sévaré dans la région de Mopti (Mali). L'antenne chirurgicale dispose de trois compartiments : la salle de déchoquage (réanimation) d'une capacité de quatre lits, la salle opératoire pouvant supporter deux interventions (chirurgie viscérale et traumatologie orthopédie) simultanément ; une salle de surveillance post interventionnelle de six lits. En vue de l'implantation de la check-list, un travail associant chirurgiens, anesthésistes, et personnel paramédical a été organisé afin de présenter la check-list opératoire et son utilisation. Ni le service de médecine, ni les professionnels de radiologie et de biologie n'ont été inclus dans cette étude. Une évaluation quantitative a été faite sous forme de renseignement manuscrit de la version 2010 de la check-list éditée par la Haute Autorité de la Santé (HAS) en France. L'évaluation qualitative a été réalisée auprès de tous les acteurs, médicaux et paramédicaux, à l'aide d'auto questionnaires anonymes ayant permis de recueillir leur avis et attitude pratique quant à l'intérêt et aux difficultés d'utilisation de la check-list. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel épi-info™ 7.

Résultats

Sur les 35 professionnels de santé de l'hôpital militaire niveau 2, 15 personnels du bloc opératoire anesthésiste, chirurgien, instrumentiste ou infirmier du bloc ont été retenus dont 2 femmes. L'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes de 25 et 45 ans. L'ancienneté moyenne était de 6 ans avec des extrêmes de 2 et 15 ans. Il y avait 2 chirurgiens qualifiés, 1 médecin anesthésiste réanimateur (MAR), 3 techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation (TSAR), 2 instrumentistes et 7 infirmiers diplômés d'état (IDE). Tous les professionnels ont été informés oralement ou par écrit de l'utilisation de la check-list opératoire. Les chirurgiens ont assuré le rôle de coordonnateur dans 50 %, le MAR dans 100 % et les TSAR dans 40 % des cas, 10 paramédicaux et 1 médecin étaient tout à fait d'accord de l'intérêt de l'utilisation de la check-list comme l'indique le tableau I. Deux médecins étaient opposés à son utilisation et 20 % de paramédicaux ont perçu la check-list opératoire comme une formalité administrative supplémentaire (tableau II). La check-list opératoire a été remplie avant l'induction anesthésique dans 95 % des cas, avant l'incision dans 70 % des cas et après l'intervention dans 60 % des cas. Tous les praticiens ont souhaité avoir une formation médicale continue sur la check-list et le renforcement de la culture en matière de sécurité au bloc opératoire. Le tableau III indique le type et la fréquence des erreurs détectées grâce à la check-list. La comparaison des erreurs détectées par les acteurs médicaux et paramédicaux ne montre pas de différence significative : la mauvaise installation ($Chi^2 = 0{,}0795$; $p = 0{,}7779$) ; l'oubli de l'antibiotique ($Chi^2 = 0{,}5625$; $p = 0{,}4533$) et l'oubli de document ou matériel ($Chi^2 = 0{,}5625$; $p = 0{,}4533$).

Discussion

En milieu sous équipé, la morbi-mortalité péri opératoire reste élevée compte tenu de la fréquence des événements indésirables graves souvent évitables [5]. Malgré les progrès réalisés en anesthésie réanimation, de nombreux pays riches ont adopté la check-list opératoire [1]. En France l'utilisation de la check-list a été rendue obligatoire depuis 2010 ; son intérêt dans la réduction des complications postopératoires a été établi [6]. L'implantation de la

Tableau I.

	Médicaux (n)	Paramédicaux (n)
Tout à fait d'accord	1	7
Plutôt d'accord	2	3
Plutôt pas d'accord	1	1
Pas du tout d'accord	0	1

Tableau II.

	Médicaux (%)	Paramédicaux (%)
Formalité administrative supplémentaire	70	20
Nécessité de la présence simultanée de toute l'équipe	50	70
Difficulté de prise de parole	10	40
Problème de communication médical/paramédical	10	30
Problème de communication chirurgien/anesthésiste	5	20
Peur d'engager sa responsabilité	5	10
Peur de contredire la réponse d'un supérieur hiérarchique	5	10

Tableau III.

Erreurs détectées	Médicaux (%)	Paramédicaux (%)
Erreur de côté	0	1
Allergie	0	1
Mauvaise installation	1	3
Oubli antibiotique	2	5
Absence de document ou matériel	1	7

check-list en milieu sous équipé est nécessaire bien que son intégration dans nos blocs opératoires ne soit pas encore effective [4, 7]. La taille limitée de notre étude s'explique par les normes d'un hôpital de campagne (niveau 2) défini par l'ONU dans le cadre des OPEX. Cette population jeune avec une moyenne d'âge de 31 ans était constituée uniquement de militaires professionnels. La plupart des personnels paramédicaux ont été informés lors d'une réunion de travail sur l'utilisation de la check-list contrairement aux médecins déjà informés par des recherches. Lors de cette étude, si le médecin anesthésiste était disponible pour jouer le rôle de coordonnateur, cela n'était pas le cas pour les chirurgiens encore moins les infirmiers qui ne se sentaient pas directement concernés. La catégorie de personnel devant assumer le rôle de coordonnateur de la check-list mérite d'être défini [8]. Les paramédicaux devraient y jouer un rôle prépondérant avec la participation collective de toute l'équipe. Les difficultés de renseignement ont été évoquées surtout par le personnel paramédical et jugées complexes avec trop d'items ; d'où leur souhait d'avoir une formation médicale continue sur la check-list. Le personnel médical surtout chirurgical s'est montré parfois désintéressé par la check-list contrairement au paramédical comme précédemment évoqué [9]. Le tableau II indique que les paramédicaux semblaient convaincus de l'intérêt de la check-list alors que les avis des chirurgiens et anesthésistes étaient plus discutés. Aussi la qualité de la communication entre anesthésiste et chirurgien pourrait y jouer un rôle important, la petite taille de notre effectif expliquerait la quasi-absence de difficultés de communication dans notre équipe. Contrairement à Hacquard P, et al au CH de Lyon Sud [8], les paramédicaux de l'hôpital militaire de niveau 2 n'avaient aucune peur d'engager leur responsabilité et de contredire leur supérieur hiérarchique comme dans toute institution militaire. Cependant les responsabilités professionnelles méritent d'être parfois mieux considérées que la hiérarchie militaire surtout entre professionnel de différentes spécialités. Parmi les erreurs médicales, la mauvaise installation, l'oubli de l'antibiotique et l'absence de document ou de matériel important ont été relevés. La comparaison en termes d'erreurs relevées par les acteurs médicaux et paramédicaux n'a pas montré de différence statistiquement significative en raison de la courte période de notre étude. L'attitude thérapeutique était systématique en cas de dysfonctionnement. Malgré notre faible effectif, cette étude a permis de confirmer l'efficacité de la check-list opératoire déjà prouvée aussi bien dans les pays développés qu'en milieu sous équipé [7,10].

Conclusion

Cette enquête rappelle l'intérêt de l'adoption de la check-list particulièrement pour les pays en voie de développement. Bien que la check-list ne soit pas encore intégrée dans la plupart de nos blocs opératoires, des efforts doivent être faits aussi bien par les praticiens que par nos autorités sanitaires en vue d'une meilleure éducation en matière de déploiement de la check-list et de culture de la sécurité au bloc opératoire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety check-lists : do they improve outcomes ? British Journal of Anaesthesia 2012 ; 109 : 47-54.
2. 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. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2011 ; 30 : 469-74.
3. Dossey G. L'anesthésie en Afrique subsaharienne : expérience de deux mois au sein d'une formation chirurgicale française au Tchad. Reanoxyo 2007 ; 19:17-8.
4. Ouro Bang'na Maman AF, Yapobi Y, Chobli M. La check-list en chirurgie : nécessité absolue d'introduction dans nos blocs opératoires. Médecine d'Afrique Noire. 2009 ; 56 : 659-62.
5. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Merry AF, Enright AC, et al- Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply : an estimation from reported data Lancet 2010 ; 376 : 1055-61.
6. Benhamou D. La check-list réduit le taux de complications postopératoires : d'accord mais il faut maintenant en assurer la mise en œuvre. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2011 ; 30 : 465-6.
7. Weiser RG, Berry WR. Review article : Perioperative check-list methodologies. Can J Anesth/J Can Anesth 2013 ; 60 : 136-1428.
8. Hacquard P, Cunat C, Toussaint C, Auclair A, et al. Évaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II). 2013 ; 32 : 235-40.
9. 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.
10. Haugen AS, Søfteland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Check-list on safety culture in the operating theatre : a controlled intervention study. British Journal of Anaesthesia. 2013 ; 110 : 807-15.