



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (2)

ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 18 May 2023

Accepted, 13 August 2023

Published, 22 August 2023

<http://www.revue-rasp.org>

Research

Etat des lieux de l'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale au Burkina Faso

Félicité W. Nana^{1,*}, Boldia Koidima², Eric Some¹, Idriss Traore³, Maxime Drabo¹

¹Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

²Association de solidarité et de coopération internationale des volontaires laïcs, Ouagadougou, Burkina Faso

³Centre hospitalier universitaire de Bogdogo, ministère de la Santé et de l'hygiène publique, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondance : naf.dqss@gmail.com

Résumé

Différentes études montrent que l'utilisation de la liste de contrôle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) réduisait la morbidité et la mortalité liées à l'acte d'anesthésie et de chirurgie. Son exploitation au Burkina Faso est récente et diversement appréciée. L'objectif de notre étude est d'analyser son utilisation dans les blocs opératoires des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il s'agit d'une étude transversale, dont la collecte des données s'est faite à travers des entretiens, l'observation et l'exploitation de documents. Tous les quatre CHU du pays ont été inclus dans l'étude. L'échantillonnage a été raisonné pour les acteurs du bloc et exhaustif pour les listes de vérification. Les informations ont été collectées auprès du personnel du bloc opératoire et dans les listes de vérification. Les données collectées ont été saisies, traitées et analysées manuellement. Les considérations éthiques et la confidentialité ont été respectées. Au total 73% des personnes enquêtées affirmaient connaître l'existence de la liste de vérification ; 94% ont affirmé avoir une bonne perception de l'outil tant sur la forme que sur le fond tandis que 90% a estimé que la liste de contrôle était utile. Le taux d'utilisation de l'outil était seulement de 7%. L'étude a révélé une indisponibilité de l'outil et une hostilité des agents de santé relative à son utilisation.

Mots-clés: Utilisation, liste de contrôle, sécurité chirurgicale, Burkina Faso.

Use of the surgical safety checklist at the University Hospital Centers of Burkina Faso

Abstract: Various studies have shown that the use of the WHO checklist reduces the morbidity and mortality associated with the act of anesthesia and surgery. Its exploitation in Burkina Faso is recent and variously appreciated. The objective of our study is to analyze its use in operating theaters of university hospital centers (CHU). This is a cross-sectional study whose data

collection was done through the maintenance, observation, and exploitation of documents. All four CHUs in the country were included in the study. The information was collected from operating room staff and checklists. A total of 73% of respondents said they knew about the checklist; 94% said they had a good perception of the tool both in form and substance while 90% felt that the checklist was useful. The usage rate of the tool was only 7%. The study revealed the unavailability of the tool and the hostility of health workers regarding its use.

Keywords: Use, checklist, surgical safety, Burkina Faso.

1. Introduction

On estime que 234 millions d'interventions chirurgicales sont effectuées chaque année dans le monde, ce qui correspond à une intervention pour vingt-cinq habitants vivants (Thomas G. et al., 2008). Au Burkina Faso, selon l'annuaire statistique de 2015 du ministère de la Santé, 69 224 interventions chirurgicales ont été réalisées dont 61,5% dans les hôpitaux universitaires, régionaux et polycliniques, et 38,5% dans les hôpitaux de district et cliniques privés (Ministère de la Santé du Burkina Faso. 2015).

Les erreurs survenant lors des procédures chirurgicales ont souvent des conséquences graves sur les patients, dont la moitié est considérée comme évitable (Beyer K, Heidecke Cd. 2015). Dans les pays industrialisés, on enregistre des complications sérieuses dans 3 à 16% des interventions chirurgicales hospitalières, avec des taux d'incapacité permanente ou de mortalité d'environ 0,4 à 0,8% (Beyer K, Heidecke Cd. 2015 ; Haynes Ab et al. 2009). Dans les pays en développement, certaines études laissent présager des taux de mortalité de 5 à 10% lors d'actes chirurgicaux importants, soit un taux 10 fois plus élevé que dans les pays industrialisés (Thomas G. et al. 2008 ; Haynes Ab et al. 2009).

Au regard, des préjudices évitables causés sur les patients, l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients a fait de la sécurité chirurgicale le 2^{ème} défi, afin de susciter un engagement et des mesures en faveur de la sécurité des patients (OMS. 2008).

Publiée en 2008 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale est un outil d'amélioration des pratiques. Il s'agit d'un outil multidisciplinaire qui renforce la communication et le partage d'informations entre les différents acteurs au bloc opératoire (Kamal M. et al. 2010; Lingard Lrg et al. 2008).

Bien que l'efficacité de la liste de contrôle ait été scientifiquement prouvée par les études de l'OMS, son utilisation par les acteurs concernés demeure toujours timide. En effet, une étude réalisée à l'hôpital de Lyon en 2013, a montré que la perception des médecins diverge. Même s'ils sont en accord pour affirmer que la liste de contrôle est utile dans une équipe chirurgicale, il font le constat d'un manque d'investissement et de leadership (Hacquard Pcc et al.2013). D'autres études soutiennent que les obstacles à l'utilisation de la liste de contrôle sont liés d'une part, à des difficultés d'ordre technique (standardiser certaines procédures) et d'autre part, à la perception culturelle. L'utilisation de tels outils standardisés est perçue comme une limitation de l'autonomie décisionnelle et de jugement clinique (Cabarro Ppp. 2010).

Au Burkina Faso, l'utilisation de la liste de contrôle est récente et n'a pas encore fait l'objet d'une directive formelle du ministère de la Santé. On constate des esquisses d'utilisation. La présente étude est un état des lieux de l'utilisation de cette liste de contrôle dans les hôpitaux nationaux pour contribuer à l'amélioration de la sécurité chirurgicale des patients au Burkina Faso.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type et cadre d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive et analytique de type transversal. L'étude s'est déroulée dans les quatre hôpitaux universitaires du pays à savoir les Centres hospitaliers universitaires de Yalgado Ouedraogo, Pédiatrique Charles de Gaulles, Tengandogo et Souro Sanou du 6 Juin au 8 juillet 2016.

Le CHU-Yalgado Ouedraogo disposait au 31 décembre 2015, d'une capacité d'accueil de 738 lits d'hospitalisation repartis entre les différents services cliniques fonctionnels dont 43% (317) réservés aux activités chirurgicales. Celui de Charles de Gaulle, disposait de 143 lits dont 25% (35) réservés aux activités chirurgicales. Le CHU de Tengodogo disposait au 31 décembre 2015, de 249 lits dont 51% (126) lits sont occupés par les services de chirurgie. Celui du CHU Souro Sanou disposait de 519 lits dont 43% (222) réservés aux activités chirurgicales, ministère de la Santé du Burkina Faso (2015).

2.2. Échantillonnage et collecte des données.

Les données ont été collectées au niveau des blocs opératoires. Les sources sont représentées par i) le bloc opératoire, ii) le personnel, iii) les documents. Tout le personnel exerçant au bloc opératoire rencontré pendant la période de l'étude a été inclus. De même, toutes les listes de vérification renseignées et disponibles ont été échantillonnées. Les techniques de collecte comprennent les entretiens individuels, les observations et l'exploitation des documents. Le guide d'entretien individuel semi structuré, la grille d'observation et d'exploitation documentaire ont servi d'outils de collecte des données.

Les règles éthiques relatives au consentement libre et éclairé, l'anonymat, la confidentialité, la conservation des données et l'accès aux données ont été respectées.

2.3. Analyse des données

Les principales données collectées concernent les Caractéristiques socioprofessionnelles des utilisateurs, connaissance et perception de la liste de contrôle, attitude vis à vis de la liste de contrôle, disponibilité, accessibilité et complétude de la liste, l'utilisation de la liste de contrôle et l'analyse du contenu par les utilisateurs.

Les données collectées ont été saisies sur Word 2010. L'analyse des données a été faite par dépouillement manuel. Les résultats ont été présentés sous forme de fréquence simple, de tableaux descriptifs, de figures et de rédaction des informations qualitatives. Les références ont été générées à l'aide du logiciel EndNote X7.

3. Résultats

3.1. Etat des données collectées dans les centres de santé

La répartition des sources des données est ressortie dans le tableau I ci dessous.

Au total 85 personnes ont été enquêtées. Toutes les interventions chirurgicales observées ont eu lieu au CHU de Tengandogo.

Par ailleurs, les hommes étaient fortement représentés dans notre étude avec un sexe ration H/F de 6. La majorité du personnel du bloc opératoire enquêté (38,9%) dans les CHU avait une ancienneté comprise entre 6 ans et 10 ans.

La profession majoritaire était celle d'attachés en anesthésie-réanimation.

Tableau I : Répartition des sources des données

Centres de santé	Nombre d'enquêtés		Nombre d'interventions chirurgicales observées		Nombre de liste de vérifications analysées	
		%		%		%
CHU de Tengandogo	85		18		103	
CHU Yalgado	20	23,5	18	100	58	56,3
CHU Ouedraogo	33	38,8	0	0	0	0
CHU Pédiatrique Charles de Gaules	9	10,6	0	0	0	0
CHU Souro Sanou	23	27,1	0	0	45	43,7
Total	85	100	18	100	85	100

3.2. Connaissance et perception de la liste de contrôle chirurgicale

3.2.1. Connaissance de l'existence de la liste de contrôle

L'entretien a révélé que 73% (62/85) des personnes enquêtées connaissaient l'existence de l'outil. Pour 25,8% des enquêtées les « activités de la société d'anesthésie-réanimation » ont été la principale opportunité dans tous les 4 hôpitaux pour connaître l'existence de l'outil.

3.2.2. Perception relative à la forme et au fond de la liste de contrôle

Dans tous les hôpitaux concernés par l'étude, 94% (80/85) des enquêtées ont affirmé avoir une bonne perception de l'outil tant sur la forme que sur le fond. En ce qui concerne la forme « Simple, facile à remplir, lisible » rapporté par les enquêtés de tous les hôpitaux concernés. En ce qui concerne le fond « compréhensible complet, pertinent » rapportés par ces mêmes enquêtés.

3.2.3. Perception relative à l'utilité de la liste de contrôle

Dans notre étude 90% (77/85) du personnel interviewé a estimé que la liste de contrôle était utile pour les raisons suivantes : i) elle renforce la sécurité des patients, ii) elle réduit les risques d'erreurs sur l'identité du patient, la gestion des compresses la gestion des d'instruments et les prescriptions thérapeutiques. Elle renforce la communication dans l'équipe à travers le partage systématique d'informations, représente un document médico-légal et assure la traçabilité des actes.

3.3. Pratique de l'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

3.3.1. Disponibilité de la liste de contrôle

La liste de contrôle n'était disponible et accessible qu'au CHU Souro Sanou de Bobo Dioulasso. Ce qui n'a pas été le cas aux CHU Yalgado Ouedraogo et Pédiatrique Charles de Gaules.

3.3.2. Complétude des informations contenues dans la liste de contrôle

Le taux de complétude des informations contenues dans les listes de contrôle était de 16,5% pour l'ensemble des 4 centres dont 13,5% au CHU de Tengandogo et 3% au CHU Souro Sanou.

Aux CHU Yalgado Ouedraogo et Pédiatrique Charles de Gaulles, la liste de contrôle n'existait pas.

3.3.3. Utilisation de la liste de contrôle lors des interventions

Aux CHU Blaise Compaore et CHU Souro Sanou 58,8% (20/34) des enquêtés ont affirmé que la check liste était utilisée. Les observations en salle d'opération (au total 18 séances) dans ces deux centres ont révélé que la liste de contrôle n'était pas utilisée systématiquement. Après avoir analysé les comptes rendus opératoires, il en ressortait que les listes de contrôle ont été utilisées dans 7,3% (103/1397) des cas ; Le dénominateur représente le nombre d'intervention réalisées entre 2104 et 2015 dans les CHU de Tengandogo et Souro Sanou.

3.3.4. Répartition des rôles pour son remplissage

Au total 70,3% (19/27) des enquêtés ont affirmés que le remplissage de la liste de contrôle était assuré par les attachés de santé en anesthésie réanimation, 18,5% (5/27) par les aides chirurgiens et 3,7% (1/27) par les MAR. Dans tous les cas il n'y avait pas de coordonnateur désigné dans la salle d'opération au CHUBC.

4. Discussion

Le personnel enquêté connaît dans sa majorité la liste de contrôle mais son utilisation n'est pas systématique. Ce contraste pourrait s'expliquer soit par l'absence de formel pour la mise en place de l'outil soit par l'insuffisance d'orientation ou d'accompagnement du personnel du bloc opératoire sur son utilisation.

Une faible complétude des informations contenues dans la liste de contrôle.

L'étude a révélé un taux de complétude de 16.5% inférieur à celui de Gueguen à Nancy (20%) (Gueguen T. 2011) et à celui de Bécret à Djibouti (24%) (Becret Acp. et al. 2013). Ces auteurs ont expliqué leur faible taux de complétude par l'existence d'autres protocoles prenant en compte les mêmes paramètres que la liste de contrôle créant une certaine redondance dans la réalisation des tâches du personnel (Gueguen T. 2011; Becret Acp et al. 2013). Dans notre étude il pourrait s'expliquer par l'absence d'adaptation de l'outil ainsi que de d'orientation et de formation au préalable des acteurs du bloc opératoire sur l'importance de l'utilisation de l'outil.

Une utilisation non systématique de la liste de vérification lors des interventions.

Dans les hôpitaux où la liste de contrôle était disponible les enquêtés ont estimé le taux de régularité de son utilisation de 10%. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Sow au Mali en 2013 (Sow F. 2013), Gueguen en France en 2011 (Gueguen T. 2011) et Sewell en Angleterre en 2010 (Sewell M. et al. 2011) qui ont trouvé respectivement 77%, 50% et 97%. Le taux de réalisation du dépouillement est de 7% inférieur à celui estimé lors des entretiens (59%). Cet écart pourrait s'expliquer soit par une perte des fiches remplies pour insuffisance d'archivage, soit par un biais de mémoire des enquêtés vu que le remplissage des listes a eu lieu entre 2014 et 2015.

Plusieurs scénarii relatifs à la responsabilité du remplissage de la liste de vérification.

Dans environ 70% des cas, le remplissage de la liste de contrôle était assuré par les attachés de santé en anesthésie réanimation. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils restent le plus longtemps au côté du malade, pour préparer l'intervention, assister à l'intervention et assurer le suivi post opératoire. Ils sont ceux qui utilisent le plus les données consignées dans la liste

de vérification. Dans la plupart des cas ce sont eux qui bénéficient en priorité de la formation sur la liste de contrôle.

Les autres corps de métier se désintéressent. Cela pourrait s'expliquer par leur non-participation au processus de remplissage de l'outil qui requiert la présence de tous depuis la préparation du patient jusqu'au suivi post opératoire. En outre ils ne sont pas toujours pris en compte prioritairement pour la formation sur la liste de contrôle.

Un coordonnateur dans la salle d'opération n'est pas systématiquement désigné.

Le rôle du coordonnateur dans la salle d'opération est indispensable pour la réussite de son utilisation. En effet le coordonnateur coche les items sur le support (papier ou électronique) une fois le patient entré en salle. Si un élément n'a pas été renseigné, la question est posée par le coordonnateur de la liste de vérification. Au cas où un coordonnateur n'est pas désigné le remplissage de la liste pourrait prendre un coup dur avec un risque plus élevé de survenue d'erreurs de toute nature. Cela pourrait être préjudiciable à la vie du patient.

5. Conclusion

L'étude de l'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale a montré que le personnel du bloc opératoire a une bonne connaissance et une bonne perception de l'outil. Son utilisation n'est pas systématique dans les blocs opératoires. Une répartition des rôles au sein de l'équipe chirurgicale permettrait d'améliorer considérablement son utilisation dans le cadre du renforcement de la qualité des soins chirurgicaux.

Références Bibliographiques

Adegne T.(2013).Sécurité du patient au bloc opératoire : connaissance et impact de la "check-list" sur les pratiques du personnel. *HAL edn*

Becret Acp. et al .(2013). Étude 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. *Médecine et Santé Tropicales*; 23 417-420.

Beyer K, Heidecke Cd.(2015).Are the measures to ensure patient safety in surgery evidence-based?. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*;109:230-234.

Cabarrot Ppt.(2010). Pourquoi une checklist au bloc opératoire? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 39:362-370.

Haynes Ab. et al.(2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*, 360:491-499.

Gueguen T.(2011). Déploiement de la checklist « sécurité du patient au bloc opératoire » dans deux hôpitaux Lorrains. performances et difficultés. Thèse de médecine Université Henri Poincaré, Nancy 1, faculté de médecine de Nancy; n°3566.

Hacquard Pcc et al.(2013).Evaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32:235–240.

Julia Nr. et al.(2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA* , 304:1693-1700.

Kamal M. et al.(2010).Information Transfer and Communication in Surgery. *Annals of Surgery* Number 2, Volume 252:225–239.

Lingard Lrg. et al.(2008). Evaluation of a preoperative checklist and Team briefing among surgeons,nurses,and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008, 143(1):12-17.

Ministère de la santé du Burkina Faso.(2015).Annuaire statistique 2015; pp. 330 2016:330

Organisation mondiale de la santé.(2008), Alliance, Mondiale, la p, des S, Patients: Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies. OMS ednWHO/IER/PSP/2008.07.

Sow F.(2013). Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine Université de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie 2013.

Sewell M et al. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop* 2011, 35:897-901.

© 2023 Nana et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.