

**CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »**

Evaluation de son utilisation sur une région donnée

Sommaire

ETUDE SUR L'IMPLANTATION ET L'UTILISATION DE LA CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Résumé

Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la HAS recommande l'utilisation d'une check-list (CL) « Sécurité du patient au bloc opératoire », programme facile à mettre en œuvre et qui a fait la preuve de manière convaincante, de son efficacité en termes de diminution de la morbi-mortalité post opératoire. Cette fiche peut servir de support à l'équipe médico-soignante pour vérifier de manière croisée, un certain nombre de points clefs et partager des informations essentielles concernant le patient. Néanmoins, cette CL telle que proposée suite aux publications internationales, concernait essentiellement les interventions chirurgicales. Aussi, la HAS et la Société Française d'Endoscopie Digestive (représentant la Fédération des Spécialistes de l'Appareil Digestif) ont proposé un format approprié aux actes d'endoscopie digestive – juin 2011.

Quelques mois après sa mise en œuvre et comme convenu avec les professionnels, la HAS a procédé à une évaluation de son implantation et de son utilisation sur une région donnée et dans ce but, a mandaté le Réseau Qualité des établissements de santé de Franche-Comté (REQUA) pour réaliser ce travail dans cette région. Cette étude a comporté deux volets : une enquête déclarative sur l'ensemble des établissements (avec un volet d'équipe et un volet individuel) et une observation des pratiques sur un échantillon représentatif d'établissements.

Plus des 2/3 des professionnels qui l'utilisent, considèrent la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive », comme un programme utile pour améliorer la sécurité des patients en endoscopie digestive – notamment afin d'optimiser le partage des informations et la vérification de points considérés essentiels par la SFED, avant toute endoscopie. La réalisation de la check-list est reconnue comme une opportunité pour éviter les erreurs ou les dysfonctionnements lors de la réalisation d'une endoscopie. Ils considèrent aussi plus que majoritairement que ce type de programme est susceptible de renforcer les liens au sein de l'équipe et contribue à développer un « climat » sécurité.

L'enquête réalisée montre que la check-list a une diffusion importante en Franche-Comté puisque seulement quelques mois après avoir été recommandée par la SFED et la HAS, 85 % des établissements déclarent l'utiliser toujours (54%) ou souvent (31%). Toutefois, près de la moitié des établissements estiment ne pas avoir été assez informés sur la check-list, qui n'a pas fait toujours l'objet d'une présentation aux équipes avant sa mise en place. Dans les établissements dans lesquels la check-list est utilisée, elle ne l'est pas toujours systématiquement (notamment pour les actes réalisés sans anesthésie). Des critiques sont rapportées concernant les modalités de renseignement de la check-list et parfois la pertinence des items eux-mêmes.

Si la CL est finalement connue des professionnels et reconnue comme vraisemblablement utile, elle n'est pas pour autant utilisée de manière optimale. La check-list est souvent considérée comme un document administratif (supplémentaire) à remplir, qui entraîne une perte de temps ou tout du moins ralentit l'activité. Elle n'est toutefois pas vécue comme une remise en cause des compétences professionnelles. La désignation d'un coordonnateur, le plus souvent infirmier, entraîne les professionnels à s'interroger sur les responsabilités de chacun. Il persiste lors de la procédure check-list, un cloisonnement entre équipe anesthésique et équipe endoscopique, ou entre personnel médical et personnel infirmier, ce qui entraîne un frein important sur l'oralité nécessaire à la procédure. Ceci explique vraisemblablement que beaucoup d'équipes ne pensent pas que la check-list permette à ce jour d'améliorer suffisamment le partage d'informations. En effet, la philosophie de la check-list, devant permettre un « partage entre les membres de l'équipe et une vérification croisée de points critiques », n'est pas suffisamment appliquée. L'implication paramédicale semble légèrement plus importante, mais est forcément limitée à certains items. Ainsi, seuls les items à vérifier auprès du patient font réellement et quasi systématiquement l'objet d'une verbalisation, quelques fois même plusieurs fois (identité, préparation...), ce qui laisse

supposer un manque d'organisation. En revanche, lors du renseignement des critères plus « médicaux » de la CL, on constate le caractère très limité des échanges entre les différents professionnels (et notamment entre endoscopiste et anesthésiste) sur la vérification des points critiques (antibioprophylaxie...), l'existence et la gestion de situations spécifiques (antiagrégants plaquettaires...), ou les prescriptions pour les suites immédiates – la plupart des professionnels faisant confiance à la gestion en amont de ces éléments lors des consultations gastro-entérologique et anesthésique. Néanmoins, cette garantie ne peut être considérée comme absolue, comme en témoigne l'interception par la check-list de dysfonctionnements, rapportée dans 3 services sur 11.

L'ambivalence de certains items est soulignée comme un problème important (items positifs-négatifs, n°4, 7 et 8). Si certaines équipes ont compris qu'il ne fallait cocher sur la check-list que les items ayant fait l'objet d'une vérification croisée, d'autres cochent de manière systématique, voire complaisante l'ensemble des critères.

On observe dans l'enquête déclarative peu de différences entre les différentes catégories de professionnels, mais le faible nombre de personnel d'anesthésie ayant répondu limite la significativité de ces résultats. En revanche, la comparaison entre professionnels du public et du privé montre que les professionnels des établissements privés identifient davantage de freins que ceux des établissements publics.

Enfin, l'étude telle que réalisée ne permet pas de juger formellement de l'impact de la mise en place de la check-list. Toutefois, certaines équipes disent avoir détecté à différentes reprises des dysfonctionnements (préparation inadéquate) ou évité des erreurs (problèmes liés aux anticoagulants) grâce à l'utilisation de la check-list.

A partir de ce constat, diverses propositions peuvent être faites, concernant à la fois la check-list en endoscopie digestive mais aussi les autres check-lists proposées par la HAS :

- développer l'Information des professionnels sur l'intérêt et les objectifs de tels programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques, type check-list ;
- proposer des démarches destinées à favoriser leur appropriation par les différentes catégories de professionnels impliqués (endoscopiste, anesthésiste et IADE, IDE et IBODE, encadrement soignant, direction) ;
- inciter les équipes à réfléchir sur l'organisation à mettre en œuvre pour favoriser ce mode de travail collaboratif, utilisant entre autres démarches des supports type check-list ;
- mettre en avant le leadership indispensable au niveau de la structure interventionnelle et en salle d'endoscopie en particulier, pour porter ces dynamiques sécurité ;
- faire évoluer les items de la check-list sur le fond (davantage technique ?) et la forme (pour en améliorer l'appropriation) tant au niveau national que local (favoriser les adaptations), pour apporter une réelle plus value aux pratiques, libérant les professionnels d'un volet cognitif fastidieux pour leur permettre de se consacrer aux aspects techniques des actes à réaliser ;
- développer les revues d'analyse des dysfonctionnements détectés lors de l'utilisation de la check-list, ou à l'occasion des incidents ou accidents survenus en cours d'endoscopie ;
- définir avec l'aide des sociétés savantes (SFED) une méthodologie pour évaluer et améliorer l'utilisation de la check-list et son impact réel, notamment au niveau des établissements.

Rapport d'évaluation

CONTEXTE

Les soins chirurgicaux constituent depuis plus d'un siècle une composante essentielle des soins de santé partout dans le monde (234 millions d'interventions par an dans le monde)¹. Ces soins entraînent une part non négligeable de décès (0,5 à 5 %) et de complications postopératoires (environ 25 %), qui s'avèrent dans la moitié des cas évitables, car liés à des dysfonctionnements dans l'organisation des soins, l'information du patient ou le respect des protocoles. Face à ce constat, l'Organisation Mondiale de la Santé a lancé en 2008 le programme « Safe Surgery Saves lives »², qui avait pour but de réduire les taux de complications et de décès postopératoires, en renforçant l'implication des équipes afin d'améliorer la sécurité du patient en chirurgie.

Ce programme a conduit à la mise en place d'une check-list, outil simple et facile à mettre en œuvre, qui a été testé dans plusieurs pays et dont des études publiées récemment ont montré l'efficacité^{3,4}. La HAS et les représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire, en association avec les représentants des patients, ont adapté cette check-list au contexte français, et l'ont appelé « Check-list Sécurité du patient au bloc opératoire ». La certification des établissements de santé a rendu obligatoire, à partir du 1^{er} janvier 2010, la mise en place de ces outils. Dans le cadre de l'accréditation, la mise en place de la check-list et l'étude de sa mise en œuvre font partie du programme inter-spécialités des organismes agréés pour l'accréditation des médecins.

Cet outil est apparu peu adapté aux spécificités de certaines chirurgies ou activités⁵. La Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) et la HAS ont ainsi élaboré une check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » en juin 2010. Déclinée à partir de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », cet outil apparaît plus adapté aux problématiques propres à cette activité interventionnelle effectuée le plus souvent dans des unités dédiées (bloc d'endoscopie), ou plus rarement au bloc opératoire.

Si la check-list permet manifestement un développement de la culture sécurité, en lien avec une diminution des complications post-opératoires⁶, plusieurs études ont montré que l'implantation de la check-list n'était pas encore optimale^{7,8,9}. En effet, l'implantation de la check-list nécessite un véritable changement culturel dans les blocs opératoires, imposant des échanges soutenus et un partage d'information entre les différents professionnels concernés. De nombreux freins ont été identifiés, liés au concept de l'outil (limitation de l'autonomie, réticence administrative,

¹ Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies. Deuxième défi mondial pour la sécurité des patients. Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

² Programme « Safe Surgery Saves Lives »; site web: www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/.

³ Haynes, Weiser TG, Berry WR, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.

⁴ Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, et al. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 2010;251:976-80.

⁵ Panel P, Cabarrot P. Pourquoi une check-list au bloc opératoire ?. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:362-70.

⁶ Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *Qual Saf Health Care* 2011;20:102-7.

⁷ Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, Espin S, Bohnen J, Whyte S. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143:12-7.

⁸ Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ*. 2010 Jan 13;340:b5433. doi: 10.1136/bmj.b5433.

⁹ Fourcade A, Grenier C, Bourgain JL, et al. Impact des conditions organisationnelles lors de l'application de la checklist opératoire : exemple de la cancérologie. Symposium HAS - BMJ : Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité (Clinical impact of quality improvement) - Nice, 19 avril 2010.

responsabilité du coordonnateur...), aux conditions de sa mise en œuvre (présence simultanée des professionnels, critères inadaptés ou difficiles à renseigner...) ou à ses objectifs (risques non prévenus...).

D'autres études sur l'implantation (voire l'impact) sont en cours en France, menées par les sociétés savantes ou les organismes agréés pour l'accréditation, des équipes de recherche (projet IDILIC), ou la HAS, notamment à travers la procédure de certification. Toutefois, aucune étude ne concernait l'évaluation de l'implantation et de l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive ».

OBJECTIFS

Les objectifs du projet étaient doubles :

- évaluer sur la région Franche-Comté l'implantation et l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive », élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française d'Endoscopie digestive (SFED) ;
- évaluer l'utilité et l'efficacité ressenties par les professionnels de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive ».

Un objectif secondaire était de proposer d'éventuelles améliorations concernant l'outil et son mode d'application.

METHODES

Modalités de mise en œuvre de l'étude

La maîtrise d'ouvrage a été assurée par la HAS, dont les correspondants étaient Anne Depaigne-Loth et Philippe Cabarrot.

La maîtrise d'œuvre a été confiée au Réseau Qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua), dont les correspondants étaient Patrick Nachin et Valentin Daucourt.

Design de l'étude

L'évaluation a été réalisée en deux temps :

1. Enquête déclarative

Cette enquête avait pour but :

- d'évaluer l'implantation et l'utilisation déclarées de la check-list,
- d'évaluer l'utilité et l'efficacité ressenties par les professionnels,
- d'identifier les leviers et les freins à l'implantation et l'utilisation de la check-list.

Cette enquête déclarative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire standardisé élaboré par le RéQua et la Haute Autorité de Santé. Le questionnaire a été proposé dans chaque établissement de la région réalisant régulièrement des endoscopies digestives (voire dans chaque service en cas de services multiples avec des organisations différentes au sein d'un même établissement). Il devait être renseigné par une équipe pluridisciplinaire associant au moins un endoscopiste(s), un cadre de santé, un IDE/IBODE, un anesthésiste et un IADE.

2. Enquête observationnelle des pratiques

Cette enquête avait pour but d'évaluer l'implantation et l'utilisation effectives de la check-list.

L'enquête a été réalisée par le RéQua dans cinq services d'endoscopie volontaires de la région, à partir d'une grille d'observation standardisée. A cette étape, les professionnels n'ayant pas rempli le questionnaire individuel ont été sollicités par les auditeurs.

Population, échantillon

1. Pour l'enquête déclarative par questionnaire :

- ensemble des établissements de Franche-Comté réalisant régulièrement des endoscopies digestives, quelque soit le lieu de réalisation (bloc endoscopique, bloc opératoire, hôpital de jour, autre) et quelque soit l'effecteur (hospitalier ou libéral) :
 - CH de Belfort-Montbéliard, sites de Belfort et de Montbéliard
 - CH de Dole
 - CH de Gray
 - CH de Lons-le-Saunier
 - CH de Pontarlier
 - CH de Saint Claude
 - CHI de la Haute-Saône
 - CHU de Besançon
 - Clinique de la Miotte
 - Clinique de Montbéliard
 - Clinique Saint Martin
 - Clinique Saint Vincent
 - Polyclinique du Parc
 - Polyclinique Franche-Comté

- les examens concernés étaient, quelque soit le type d'anesthésie :
 - les coloscopies ou rectosigmoidoscopies,
 - les fibroscopies oesogastroduodénales,
 - les gastrostomies per-endoscopiques,
 - les cholangio-pancréatographies rétrogrades par voie endoscopique (CPRE),
 - les écho-endoscopies hautes ou basses.

2. Pour l'enquête observationnelle des pratiques :

- cinq établissements représentatifs choisis parmi les établissements cités ci-dessus, et volontaires pour participer à l'étude :
 - CHU de Besançon
 - CHBM, site de Belfort
 - CHBM, site de Montbéliard
 - Polyclinique de Franche-Comté à Besançon
 - Polyclinique du Parc à Dole.

- les examens concernés étaient les mêmes que ceux cités ci-dessus ;
 - si des endoscopies digestives étaient réalisées au sein de l'établissement dans différents lieux (bloc d'endoscopie, bloc opératoire, hôpital de jour...), l'enquête était réalisée dans le lieu présentant l'activité principale ;
 - afin de limiter les biais liés aux différences de pratiques entre opérateurs ou équipes, il était proposé que l'enquête soit réalisée auprès d'équipes différentes.

Restitution des résultats

Chaque établissement participant a reçu ses résultats propres, ainsi que la synthèse des résultats régionaux (cf. exemple en annexe).

La Haute Autorité de Santé s'est engagé à ne pas utiliser les résultats individuels de chaque établissement dans le cadre de ses autres activités (certification notamment).

RESULTATS

✚ Résultats de l'enquête déclarative : volet collectif

- Participation des établissements

Parmi les 15 services (14 établissements) réalisant des endoscopies digestives en Franche-Comté, 13 ont accepté de participer à l'enquête déclarative (87 %).

	Services sollicités	Services participants
Services d'établissements publics	9	9
Services d'établissements privés	6	4
Total	15	13

La partie collective a été renseignée de manière pluridisciplinaire dans 77 % des services. Parmi les 3 services restants, 2 n'appliquaient pas encore la check-list.

- Informations générales concernant l'établissement

	Proportion de services (%)
Lieu de réalisation principal des endoscopies	
<i>Bloc endoscopique</i>	54
<i>Bloc opératoire</i>	31
<i>Les deux</i>	15
Présentation-discussion de la check-list	62
<i>Si oui, en CME</i>	25
<i>Si oui, dans l'unité d'endoscopie</i>	75
Information et formation suffisante sur l'utilisation et l'intérêt et l'utilité de la check-list	54

- Utilisation de la check-list

Onze établissements déclaraient utiliser la check-list (85 %) :

- toujours pour 54 % ;
- souvent pour 31 %.

Les résultats présentés ci-dessous concernent les 11 services déclarant utiliser la check-list.

- Modalités d'utilisation de la check-list

	Proportion de services (%)
Existence d'un protocole écrit d'utilisation de la CL	9
Identification du coordonnateur de la CL	55
Si oui, qui ?	
<i>Endoscopiste</i>	17
<i>IDE ou IBODE</i>	67
<i>Endoscopiste et IDE ou IBODE</i>	17
Archivage de la CL	
<i>Dossier patient (papier)</i>	91
<i>Bloc (informatisé)</i>	9
Etude d'évaluation de la CL dans l'unité	18
Système d'analyse a posteriori des écarts à la CL	0
Renseignement aisé des différents critères de la CL	64
Choix pertinent des différents critères de la CL	73

	Proportion de services (%)				
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Identification sur la CL (coordonnateur, endoscopiste, anesthésiste / IADE)	82	9	0	0	9
Renseignement des items de la CL fait oralement et en concertation	18	46	18	9	9
Remplissage de la CL fait au cours de l'examen et en deux temps	36	27	9	9	18
Mesures adoptées en cas d'écarts à la CL notées sur la CL*	46	9	9	0	18

*Pas d'écarts constatés dans un service (9 %)

- Sentiment d'utilité de la check-list

	Proportion de services (%)			
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
La CL permet d'améliorer le partage au sein de l'équipe, des informations sur le patient*	20	30	30	20
La CL contribue à l'amélioration du travail en équipe et/ou contribue à développer une culture sécurité	36	36	9	18
En considérant les aspects positifs et négatifs de la CL, la CL utile pour améliorer la sécurité des patients*	50	30	0	20

* 1 non réponse

→ Dans 3 services sur 11, la CL a déjà permis d'éviter des erreurs ou de détecter des dysfonctionnements (et ceci plusieurs fois).

🇫🇷 Résultats de l'enquête déclarative : partie individuelle

- Participation des professionnels

Au total, 57 professionnels ont participé à l'étude déclarative individuelle, soit une moyenne de 4,8 par établissement (médiane = 5 ; étendue = 1-8).

	Nombre de répondants	Proportion de services avec au moins un répondant
Endoscopiste	17	100 %
Cadre de santé	5	42 %
IDE/ IBODE	29	92 %
Anesthésiste	2	17 %
IADE	4	33 %
Total	57	-

- Opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list

L'opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list est résumé dans le tableau ci-dessous. Chaque professionnel exprimait son degré d'accord avec les affirmations suivantes, de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Un score était attribué en fonction du degré d'accord,

de 5 pour la réponse « tout à fait d'accord » à 1 pour la réponse « pas du tout d'accord », permettant de calculer un score d'accord pour chaque item.

	Accord (score moyen/5)	Proportion de professionnels (%)				
		Tout à fait d'accord -			Pas du tout d'accord	
		5	4	3	2	1
La CL permet d'optimiser le partage des informations concernant le patient et/ou l'examen à réaliser	3,8	42	25	13	15	5
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'endoscopie	4,2	52	25	14	5	4
La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors d'un acte	4,0	39	34	14	13	0
La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe	2,8	5	16	48	18	13
La CL contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité	3,7	27	39	16	13	5
La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)	3,3	13	28	41	13	6
Au final, la CL est utile pour améliorer la sécurité des patients lors des endoscopies digestives	3,5	18	46	11	16	9

Concernant l'opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list, la comparaison des scores moyens d'accord entre les différentes catégories professionnelles ne montre pas de différences statistiquement significatives (cf. tableau ci-dessous).

Selon la catégorie professionnelle	Global (n=57)	Accord (score moyen/5)			p
		Endosco pistes (n=17)	IDE et IBODE (n=34)	MAR et IADE) (n=6)	
La CL permet d'optimiser le partage des informations concernant le patient et/ou l'examen à réaliser	3,8	3,8	3,7	4,5	NS
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'endoscopie	4,2	4,3	4,1	4,0	NS
La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors d'un acte	4,0	4,1	4,0	3,7	NS
La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe	2,9	2,8	2,8	3,0	NS
La CL contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité	3,7	3,6	3,8	3,5	NS
La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)	3,3	3,1	3,4	3,3	NS
Au final, la CL est utile pour améliorer la sécurité des patients lors des endoscopies digestives	3,5	3,4	3,4	3,8	NS

Concernant l'opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list, la comparaison des scores moyens d'accord des professionnels selon leur type d'établissement ne montre pas de différences statistiquement significatives (cf. tableau ci-dessous).

Selon le type d'établissement	Accord (score moyen/5)			p
	Global (n=57)	Public (n=34)	Privé (n=23)	
La CL permet d'optimiser le partage des informations concernant le patient et/ou l'examen à réaliser	3,8	4,0	3,6	NS
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'endoscopie	4,2	4,3	3,9	NS
La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors d'un acte	4,0	4,1	3,9	NS
La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe	2,9	2,9	2,8	NS
La CL contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité	3,7	3,8	3,6	NS
La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)	3,3	3,3	3,2	NS
Au final, la CL est utile pour améliorer la sécurité des patients lors des endoscopies digestives	3,5	3,5	3,4	NS

- Freins à l'utilisation de la check-list

Les freins à l'utilisation de la check-list sont résumés dans le tableau ci-dessous. Chaque professionnel exprimait son degré d'accord avec les affirmations suivantes, de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Un score était attribué en fonction du degré d'accord, de 5 pour la réponse « tout à fait d'accord » à 1 pour la réponse « pas du tout d'accord », permettant de calculer un score d'accord pour chaque item.

	Accord (score moyen/5)	Proportion de professionnels (%)				
		Tout à fait d'accord -			Pas du tout d'accord	
		5	4	3	2	1
La CL est une formalité administrative supplémentaire	4,1	50	27	9	11	4
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	3,4	20	29	29	13	9
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	3,4	33	24	13	13	17
La CL est inutile pour certains examens avec procédure répétitive et rodée	3,0	25	13	15	31	16
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	3,3	28	24	17	15	17
Certains critères sont confus ou inadaptés à l'activité	3,0	27	13	17	17	25
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés	2,8	18	18	20	20	25
Le choix des réponses est inadapté, pas assez souple	3,0	17	21	21	27	15
L'absence de mode d'emploi pose problème	2,8	16	20	20	18	26
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient	3,0	21	19	17	26	17

La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	1,7	2	6	11	26	56
La théâtralisation (verbalisation à haute voix) est difficile à mettre en œuvre	3,1	19	23	21	25	13
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	2,9	12	22	24	24	18
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	3,3	33	13	23	15	15
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	3,3	27	20	25	16	13

Concernant les freins à l'utilisation de la check-list, la comparaison des scores moyens d'accord entre les différentes catégories professionnelles ne montre pas de différences statistiquement significatives (*cf. tableau ci-dessous*).

Selon la catégorie professionnelle	Accord (score moyen/5)				p
	Global (n=57)	Endosco pistes (n=17)	IDE et IBODE (n=34)	MAR et IADE) (n=6)	
La CL est une formalité administrative supplémentaire	4,1	4,0	4,2	3,7	NS
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	3,4	3,1	3,6	2,8	NS
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	3,4	2,9	3,7	3,3	NS
La CL est inutile pour certains examens avec procédure répétitive et rodée	3,0	3,1	3,2	1,8	NS
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	3,3	3,2	3,4	2,8	NS
Certains critères sont confus ou inadaptés à l'activité	3,0	2,4	3,0	3,0	NS
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés	2,8	2,4	3,0	3,0	NS
Le choix des réponses est inadapté, pas assez souple	3,0	2,6	3,1	3,2	NS
L'absence de mode d'emploi pose problème	2,8	2,6	2,9	3,2	NS
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient	3,0	2,9	3,1	2,8	NS
La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	1,7	1,5	1,9	1,2	NS
La théâtralisation (verbalisation à haute voix) est difficile à mettre en œuvre	3,1	3,0	3,2	2,5	NS
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	2,9	3,0	2,9	2,3	NS
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	3,3	3,4	3,4	2,7	NS
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	3,3	3,6	3,3	3,0	NS

Concernant les freins à l'utilisation de la check-list, la comparaison des scores moyens selon le type d'établissement montre que les professionnels des établissements privés sont plus en accord avec l'existence de freins que les professionnels des établissements publics (cf. tableau ci-dessous).

Selon le type d'établissement	Accord (score moyen/5)			p
	Global (n=57)	Public (n=34)	Privé (n=23)	
La CL est une formalité administrative supplémentaire	4,1	4,0	4,3	NS
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	3,4	3,2	3,6	NS
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	3,4	3,3	3,7	NS
La CL est inutile pour certains examens avec procédure répétitive et rodée	3,0	2,9	3,2	NS
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	3,3	3,0	3,7	NS
Certains critères sont confus ou inadaptés à l'activité	3,0	2,4	3,8	<0,01
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés	2,8	2,9	2,7	NS
Le choix des réponses est inadapté, pas assez souple	3,0	2,6	3,5	<0,01
L'absence de mode d'emploi pose problème	2,8	2,5	3,4	<0,04
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient	3,0	2,6	3,6	<0,01
La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	1,7	1,7	1,8	NS
La théâtralisation (verbalisation à haute voix) est difficile à mettre en œuvre	3,1	2,8	3,5	NS
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	2,9	3,0	2,6	NS
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	3,3	3,5	3,1	NS
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	3,3	3,2	3,6	NS

Résultats de l'enquête observationnelle des pratiques

L'enquête observationnelle des pratiques a été réalisée dans 5 sites (3 sites d'établissements publics et deux sites d'établissements privés) ayant déclaré utiliser la check-list en endoscopie digestive. Ces sites apparaissent parmi les sites réalisant le plus grand nombre d'endoscopies digestives.

Dans tous les cas, l'observation a été faite sur une ou deux salles du bloc opératoire ou endoscopique durant deux à trois heures sur une matinée, avec au maximum deux endoscopistes observés. De ce fait, les conclusions ne peuvent être généralisées à l'ensemble des pratiques des sites observés.

Au total, 19 actes endoscopiques ont été observés (14 coloscopies, 3 coloscopies avec gastroscopie, 1 coloscopie avec ponction-biopsie hépatique, 1 écho-endoscopie, 1 gastroscopie).

- Utilisation du support

Dans les différents cas observés, le support de la check-list endoscopie était utilisé. Dans un site, le support était informatisé dans la salle de bloc. Dans les autres cas, le support papier était utilisé. Dans 4 sites, il s'agissait toujours du support de la check-list spécifique à l'activité d'endoscopie digestive ; dans un site, il s'agissait dans certains cas du support de la check-list pour le bloc opératoire, ce qui peut compliquer le remplissage.

- Respect de l' « esprit check-list »

Si de nombreux items font l'objet d'une vérification avant ou après le geste, la mise en œuvre effective de la check-list comme un « outil de partage entre les membres de l'équipe et de vérification croisée de points critiques » apparaît discutable dans la totalité des sites observés. En effet, il existe peu d'échanges entre les professionnels présents concernant les items à vérifier.

- Identification du coordonnateur

Le coordonnateur de la check-list était nommément identifié sur le support dans 3 sites ; dans deux cas il s'agissait de l'IDE ou de l'IBODE, et dans un cas de l'IADE. Dans un autre cas, le coordonnateur n'était pas nommément identifié, mais le support était rempli par l'IBODE. Dans le dernier cas, où la check-list est informatisée, il est nécessaire de s'identifier sur le logiciel avant chaque intervention. Cette identification laisse à penser que celui qui ouvre la check-list en est le coordonnateur, ce qui n'est pas le cas ; une identification du coordonnateur de la check-list est possible, mais cette identification apparaît comme superflue et portant à confusion pour les équipes.

- Vérification des items

Certains items faisaient l'objet d'une attention particulière lors de l'acte endoscopique, et donc d'une vérification quasi systématique. Cette vérification était effectuée auprès du patient, avec l'aide de son dossier, soit dans la salle d'opération ou d'endoscopie, soit dans la salle d'accueil du bloc, dans la grande majorité en présence de deux professionnels (IBODE et IDE, IBODE et IADE, IDE et IADE, parfois endoscopiste ou MAR en plus). Ces items sont les suivants :

- identité du patient (demande au patient d'énoncer ses nom, prénom et date de naissance le plus souvent, ou énoncé du nom du patient) ;
- type de l'endoscopie réalisée (demande au patient) ;
- jeun (demande au patient, mais non systématique dans un site) ;
- préparation adéquate et efficace (demande au patient, mais non systématique dans un site).
- notion d'allergie (demande au patient, sauf sur un site).

Dans trois sites, ces items étaient vérifiés deux fois auprès du patient : une fois par l'IDE-IBODE avant entrée en salle, puis par l'IADE en salle (ou inversement). Dans deux autres sites, l'item sur la préparation adéquate et efficace était également vérifié par l'endoscopiste auprès du patient.

D'autres items ne faisaient l'objet d'une vérification croisée que dans certains sites :

- prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires (demande au patient : un site ; échange entre endoscopiste et anesthésiste : un site) ;
- étiquetage des prélèvements (échange entre endoscopiste et IDE-IBODE, deux sites) ;
- prescriptions pour les suites immédiates (prescriptions conjointes entre endoscopiste et MAR ou précision de l'absence de prescription, deux sites) ;
- acte endoscopique et contexte clinique (échange entre endoscopiste et MAR après l'induction, un site) ;

Dans les autres cas, ces items ne font pas l'objet d'une vérification systématique en salle, ou sans échanges entre les professionnels présents. Pour ces items, la mise en œuvre de la check-list comme un « outil de partage entre les membres de l'équipe et de vérification croisée de points critiques » apparaît discutable. C'est particulièrement vrai pour les items portant sur

les points critiques autres que l'allergie (risques respiratoires ou de saignement), les situations spécifiques (prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires et gestion si nécessaire), la nécessité ou non d'antibioprophylaxie (même si le plus souvent inutile), l'acte endoscopique et le contexte clinique, et les prescriptions pour les suites immédiates.

La discussion avec les professionnels présents montre que la plupart de ces éléments sont vérifiés dans les consultations en amont de l'acte (par l'endoscopiste et/ou l'anesthésiste) et que les situations sont donc gérées en amont du bloc.

L'ensemble du matériel anesthésique nécessaire aux examens est vérifié dans tous les sites à l'ouverture de salle, et pour certains éléments entre les interventions. Pour le matériel endoscopique, certains éléments (endoscope notamment) sont vérifiés avant chaque acte, mais sans échanges entre les différents intervenants.

- Remplissage de la check-list

Dans la totalité des sites observés, le support était rempli par un personnel infirmier (IDE ou IBODE dans quatre sites, IADE dans un site).

La check-list comporte dans la quasi-totalité des cas les informations concernant l'identité du patient et celle des différents intervenants (endoscopiste, IADE et/ou MAR, coordonnateur).

Dans quatre sites, le support est rempli en deux temps, avant et après l'acte. Dans l'autre site, il est rempli soit en deux temps, soit en un temps après la fin de l'intervention.

Dans trois sites, l'ensemble des items est coché « Oui », y compris ceux qui n'ont pas fait l'objet d'une vérification croisée au sein de l'équipe. Au contraire, dans deux sites, seuls les items ayant fait l'objet d'une vérification croisée sont notés conformes, ce qui démontre une utilisation adéquate du support (« La réponse Oui à un item valide sa vérification croisée au sein de l'équipe ; si cette vérification n'a pu être réalisée, la réponse Non doit être cochée »).

La check-list est archivée dans le dossier patient dans quatre sites, et dans le logiciel du bloc dans le site informatisé.

DISCUSSION

Quelques mois après la mise en œuvre de la CL sécurité du patient en endoscopie digestive et comme convenu avec les professionnels, la HAS a procédé à une évaluation de son implantation et de son utilisation sur une région donnée et dans ce but, a mandaté le Réseau Qualité des établissements de santé de Franche-Comté (REQUA) pour réaliser ce travail dans cette région. Cette étude a comporté deux volets : une enquête déclarative sur l'ensemble des établissements (avec un volet d'équipe et un volet individuel) et une observation des pratiques sur un échantillon représentatif d'établissements.

Plus des 2/3 des professionnels qui l'utilisent, considèrent la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive », comme un programme utile pour améliorer la sécurité des patients en endoscopie digestive – notamment afin d'optimiser le partage des informations et la vérification de points considérés essentiels par la SFED, avant toute endoscopie. La réalisation de la check-list est reconnue comme une opportunité pour éviter les erreurs ou les dysfonctionnements lors de la réalisation d'une endoscopie. Ils considèrent aussi plus que majoritairement que ce type de programme est susceptible de renforcer les liens au sein de l'équipe et contribue à développer un « climat » sécurité.

L'enquête réalisée montre que la check-list a une diffusion importante en Franche-Comté puisque seulement quelques mois après avoir été recommandée par la SFED et la HAS, 85 % des établissements déclarent l'utiliser toujours (54%) ou souvent (31%). Toutefois, près de la moitié des établissements estiment ne pas avoir été assez informés sur la check-list, qui n'a pas fait toujours l'objet d'une présentation aux équipes avant sa mise en place. Dans les établissements dans lesquels la check-list est utilisée, elle ne l'est pas toujours systématiquement (notamment

pour les actes réalisés sans anesthésie). Des critiques sont rapportées concernant les modalités de renseignement de la check-list et parfois la pertinence des items eux-mêmes.

Si la CL est finalement connue des professionnels et reconnue comme vraisemblablement utile, elle n'est pas pour autant utilisée de manière optimale. La check-list est souvent considérée comme un document administratif (supplémentaire) à remplir, qui entraîne une perte de temps ou tout du moins ralentit l'activité. Elle n'est toutefois pas vécue comme une remise en cause des compétences professionnelles. La désignation d'un coordonnateur, le plus souvent infirmier, entraîne les professionnels à s'interroger sur les responsabilités de chacun. Il persiste lors de la procédure check-list, un cloisonnement entre équipe anesthésique et équipe endoscopique, ou entre personnel médical et personnel infirmier, ce qui entraîne un frein important sur l'oralité nécessaire à la procédure. Ceci explique vraisemblablement que beaucoup d'équipes ne pensent pas que la check-list permette à ce jour d'améliorer suffisamment le partage d'informations. En effet, la philosophie de la check-list, devant permettre un « partage entre les membres de l'équipe et une vérification croisée de points critiques », n'est pas suffisamment appliquée. L'implication paramédicale semble légèrement plus importante, mais est forcément limitée à certains items. Ainsi, seuls les items à vérifier auprès du patient font réellement et quasi systématiquement l'objet d'une verbalisation, quelques fois même plusieurs fois (identité, préparation...), ce qui laisse supposer un manque d'organisation. En revanche, lors du renseignement des critères plus « médicaux » de la CL, on constate le caractère très limité des échanges entre les différents professionnels (et notamment entre endoscopiste et anesthésiste) sur la vérification des points critiques (antibioprophylaxie...), l'existence et la gestion de situations spécifiques (antiagrégants plaquettaires...), ou les prescriptions pour les suites immédiates – la plupart des professionnels faisant confiance à la gestion en amont de ces éléments lors des consultations gastro-entérologique et anesthésique. Néanmoins, cette garantie ne peut être considérée comme absolue, comme en témoigne l'interception par la check-list de dysfonctionnements, rapportée dans 3 services sur 11.

L'ambivalence de certains items est soulignée comme un problème important (items positifs-négatifs, n°4, 7 et 8). Si certaines équipes ont compris qu'il ne fallait cocher sur la check-list que les items ayant fait l'objet d'une vérification croisée, d'autres cochent de manière systématique, voire complaisante l'ensemble des critères.

On observe dans l'enquête déclarative peu de différences entre les différentes catégories de professionnels, mais le faible nombre de personnel d'anesthésie ayant répondu limite la significativité de ces résultats. En revanche, la comparaison entre professionnels du public et du privé montre que les professionnels des établissements privés identifient davantage de freins que ceux des établissements publics.

Enfin, l'étude telle que réalisée ne permet pas de juger formellement de l'impact de la mise en place de la check-list. Toutefois, certaines équipes disent avoir détecté à différentes reprises des dysfonctionnements (préparation inadéquate) ou évité des erreurs (problèmes liés aux anticoagulants) grâce à l'utilisation de la check-list.

A partir de ce constat, diverses propositions peuvent être faites, concernant à la fois la check-list en endoscopie digestive mais aussi les autres check-lists proposées par la HAS :

- développer l'Information des professionnels sur l'intérêt et les objectifs de tels programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques, type check-list ;
- proposer des démarches destinées à favoriser leur appropriation par les différentes catégories de professionnels impliqués (endoscopiste, anesthésiste et IADE, IDE et IBODE, encadrement soignant, direction) ;
- inciter les équipes à réfléchir sur l'organisation à mettre en œuvre pour favoriser ce mode de travail collaboratif, utilisant entre autres démarches des supports type check-list ;
- mettre en avant le leadership indispensable au niveau de la structure interventionnelle et en salle d'endoscopie en particulier, pour porter ces dynamiques sécurité ;
- faire évoluer les items de la check-list sur le fond (davantage technique ?) et la forme (pour en améliorer l'appropriation) tant au niveau national que local (favoriser les

adaptations), pour apporter une réelle plus value aux pratiques, libérant les professionnels d'un volet cognitif fastidieux pour leur permettre de se consacrer aux aspects techniques des actes à réaliser ;

- développer les revues d'analyse des dysfonctionnements détectés lors de l'utilisation de la check-list, ou à l'occasion des incidents ou accidents survenus en cours d'endoscopie ;
- définir avec l'aide des sociétés savantes (SFED) une méthodologie pour évaluer et améliorer l'utilisation de la check-list et son impact réel, notamment au niveau des établissements.



**Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list
« Sécurité du patient en endoscopie digestive »**

Enquête de pratiques – Questionnaire « équipe »

Votre établissement est un/une ?

- CHU CH ESPIC (ex-PSPH) clinique privée

Quel est le lieu de réalisation principal des endoscopies dans votre établissement ?

- bloc endoscopique bloc opératoire autre :

La check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » a-t-elle fait l'objet d'une présentation-discussion dans l'établissement¹⁰ ?

- oui non

Si oui : en CME en Conseil de pôle incluant l'endoscopie
 dans votre unité autre :

Pensez-vous avoir été suffisamment informé et formé sur l'utilisation et l'intérêt/utilité de cette check-list ?

- oui non

1- Utilisation de la Check-List « Sécurité du patient en Endoscopie digestive » (CL)

1-1. La CL est-elle utilisée avant un acte d'endoscopie dans votre unité ?

- toujours souvent parfois rarement jamais

Si « jamais », arrêt du questionnaire « équipe » → questionnaires « individuel »

1-2. La mise en œuvre de la CL a-t-elle fait l'objet d'un protocole d'utilisation écrit, diffusé et accompagné dans votre unité ou dans l'établissement ?

- oui non

1-3. Le coordonnateur de la CL est-il clairement identifié lors de l'endoscopie ?

- oui non

Si oui, le(s)quel(s) : endoscopiste IDE/IBODE anesthésiste IADE

1-4. La CL comporte-t-elle le nom de l'endoscopiste, de l'anesthésiste / IADE et du coordonnateur de la check-list ?

- toujours souvent parfois rarement jamais

1-5. Le renseignement des items de la CL est-il fait oralement, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés : endoscopiste, IDE / IBODE, le cas échéant anesthésiste / IADE ?

- toujours souvent parfois rarement jamais

1-6. Le remplissage de la CL est-il fait au cours de l'examen et en deux temps (avant l'acte pour les critères 1 à 8 et après l'acte pour les critères 9 et 10) ?

- toujours souvent parfois rarement jamais

¹⁰ En complément de l'information diffusée par la SFED et la HAS

- 1-7. Les mesures adoptées en cas d'écarts à la CL (réponse NON à un critère) sont-elles notées sur la CL ?
 toujours souvent parfois rarement jamais
- 1-8. Où la CL est-elle archivée après l'acte endoscopique ?
 dossier patient (papier) dossier patient (informatisé)
 bloc (papier) bloc (informatisé)
 autre :
- 1-9. Avez-vous déjà évalué l'utilisation de la CL en endoscopie dans votre unité ?
 oui non
- 1-10. Avez-vous mis en place un système d'analyse a posteriori des écarts à la CL (type Revue de Morbi-Mortalité ou autre mode de concertation) ?
 oui non
- 1-11. Au final, le renseignement des différents critères de la CL vous paraît-il aisé ?
 oui non
 Si non, quels critères sont concernés et pourquoi :
- 1-12. Le choix des différents critères de la CL vous paraît-il pertinent ?
 oui non ne se prononce pas
 Si non, quels critères sont concernés et quelles améliorations proposeriez-vous :

2- Utilité de la Check-List « Sécurité du patient en Endoscopie digestive » (CL)

- 2-1. La CL permet d'améliorer le partage au sein de l'équipe, des informations sur le patient et/ou la procédure ?
 oui plutôt oui plutôt non non ne se prononce pas
- 2-2. La CL a-t-elle déjà permis dans votre unité d'éviter une erreur ou de détecter un dysfonctionnement ?
 oui, une fois oui, plusieurs fois non
 Si oui, le(s)quel(s)
- 2-3. La mise en œuvre de la CL vous semble-t-elle susceptible de contribuer à l'amélioration du travail en équipe, au sein de l'unité d'endoscopie et/ou contribuer à développer une culture sécurité au bloc d'endoscopie ?
 oui plutôt oui plutôt non non ne se prononce pas
- 2-4. En considérant les aspects positifs et négatifs de la CL, celle-ci vous semble-t-elle utile pour améliorer la sécurité des patients en endoscopie digestive ?
 oui plutôt oui plutôt non non ne se prononce pas

Ce questionnaire a été rempli :

- en équipe pluridisciplinaire : oui non

- par :

au moins un endoscopiste le cadre du service au moins un IDE/IBODE

au moins un anesthésiste au moins un IADE

**Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list
« Sécurité du patient en endoscopie digestive »**

Enquête d'opinion – Questionnaire « individuel »

Vous êtes :					
<input type="checkbox"/> endoscopiste	<input type="checkbox"/> cadre de santé	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IBODE	<input type="checkbox"/> anesthésiste	<input type="checkbox"/> IADE

Quelle est votre opinion sur les affirmations suivantes concernant l'utilité et l'efficacité, puis les freins à l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » (CL) ?

Quelle est votre opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » ?	Tout à fait d'accord		⇒	Pas du tout d'accord	
	5	4		2	1
			3		
La CL permet d'optimiser le partage des informations concernant le patient et/ou l'examen à réaliser	<input type="checkbox"/>				
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'endoscopie	<input type="checkbox"/>				
La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors de la réalisation d'une endoscopie	<input type="checkbox"/>				
La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
La CL contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité	<input type="checkbox"/>				
La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)	<input type="checkbox"/>				

Quels sont selon vous les freins à l'utilisation de la check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » ?	Tout à fait d'accord		⇒	Pas du tout d'accord	
	5	4		2	1
			3		
La CL est une formalité administrative supplémentaire	<input type="checkbox"/>				
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	<input type="checkbox"/>				
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	<input type="checkbox"/>				
La CL est inutile pour certains examens avec procédure répétitive et rodée	<input type="checkbox"/>				
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	<input type="checkbox"/>				
Certains critères sont confus ou inadaptés à l'activité	<input type="checkbox"/>				
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés (stérilisation des matériels, risque Prion...)	<input type="checkbox"/>				
Le choix des réponses est inadapté / pas assez souple	<input type="checkbox"/>				
L'absence de mode d'emploi pose problème	<input type="checkbox"/>				
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient (identité...)	<input type="checkbox"/>				
La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	<input type="checkbox"/>				

	Tout à fait d'accord		⇒	Pas du tout d'accord	
	5	4	3	2	1
La « théâtralisation » due à la verbalisation à haute voix est difficile à accepter et/ou mettre en œuvre	<input type="checkbox"/>				
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	<input type="checkbox"/>				
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	<input type="checkbox"/>				
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	<input type="checkbox"/>				
Autres :					

Pour conclure	Tout à fait d'accord		⇒	Pas du tout d'accord	
	5	4	3	2	1
Considérant les aspects positifs et négatifs de la CL, celle-ci est utile pour améliorer la sécurité des patients lors des endoscopies digestives	<input type="checkbox"/>				

Annexe 2 : Questionnaire utilisé pour l'enquête observationnelle des pratiques

Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list
« Sécurité du patient en endoscopie digestive »

Enquête observationnelle des pratiques

- Observateur : PN VD autre :
- Type d'établissement : CHU CH ESPIC (ex-PSPH) ES privé
- Date :/...../2010 Urgence : Oui Non
- Type d'endoscopie observée :
 Gastroskopie Coloscopie Echo-endoscopie Gastrostomie CPRE
- Lieu de réalisation : bloc opératoire bloc endoscopique autre :
- Anesthésie : Oui Non Si oui : AG AL Sédation
- Le support de la CL est utilisé : Oui, CL endo Oui, CL bloc Non
- La check-list est remplie : En 2 temps En 1 temps après l'intervention
- La procédure est réalisée (lecture des différents items à haute voix) : Oui Non
- Coordonnateur de la check-list : IDE-IBODE IADE Endoscopiste Anesthésiste

Contrôles avant l'endoscopie

- Personnes présentes : IDE-IBODE IADE Endoscopiste Anesthésiste

	Oui	Non	NA
En cas d'anesthésie, la check-list est commencée avant l'induction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intérêt de la check-list est expliqué au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 1 : identité du patient			
Le patient a déclaré ses nom et prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le patient a déclaré sa date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel a vérifié l'identité à l'aide du bracelet du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel précise à voix haute le nom du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'identité du patient est vérifiée à partir du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel a vérifié l'identité par un autre moyen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Item 2 : type d'endoscopie			
Le patient a confirmé le type d'endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel précise à voix haute le type d'endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le type d'endoscopie est vérifié à partir du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel a vérifié le type d'endoscopie par un autre moyen Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Item 3 : matériel nécessaire à l'endoscopie			
Le matériel est vérifié en croisé pour la partie endoscopique [endoscope disponible, source, moniteur (à chaque fois), bistouri-clips-anse-pinces (au moins une fois par demi-journée ou à chaque fois)]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le matériel est vérifié en croisé pour la partie anesthésique [CL de la salle à l'ouverture]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 4 : points critiques			

Le risque d'allergie du patient est vérifié en croisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'anticipation du risque respiratoire est vérifiée en croisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le risque de saignement important est vérifié en croisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Item 5 : patient à jeun			
Le patient a précisé qu'il était à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel a vérifié le jeun par un autre moyen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Item 6 : préparation du patient si coloscopie ou gastrostomie seulement			
Le patient a précisé qu'il avait suivi la préparation optimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient a précisé que la préparation avait été efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a vérifié la préparation par un autre moyen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 7 : Situations spécifiques			
L'acte est expliqué à haute voix par l'endoscopiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le contexte clinique et les pathologies associées (diabète, HTA...) sont vérifiés collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise d'antiagrégants plaquettaires (AAP) est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si prise d'AAP, la gestion est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si prise d'AAP, la bonne gestion est vérifiée auprès du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si prise d'AAP, la bonne gestion est vérifiée par un autre moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise d'anticoagulants (AC) est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si prise d'AC, la gestion est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si prise d'AC, la bonne gestion est vérifiée auprès du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si prise d'AC, la bonne gestion est vérifiée par un autre moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si situation particulière, la bonne gestion est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 8 : Antibio prophylaxie (prévention ISO rare ; prévention endocardite)			
La nécessité d'antibio prophylaxie est vérifiée collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'antibio prophylaxie est ou a été effectuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, le personnel précise à voix haute qu'elle a été effectuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusions pour l'étape avant endoscopie			
La check-list a-t-elle permis de rectifier un problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un écart à la check-list a-t-il été constaté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, item(s) concerné(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8			
Si oui, la correction a été réalisée avant l'endoscopie <input type="checkbox"/> en partie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, la décision choisie est précisée sur le document <input type="checkbox"/> en partie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrôles après l'endoscopie

Personnes présentes : IDE-IBODE IADE Endoscopiste Anesthésiste

	Oui	Non	NA
Item 9 : Confirmation de l'étiquetage des prélèvements			
Le personnel a confirmé oralement l'étiquetage du (des) prélèvement(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 10 : Prescriptions pour les suites immédiates			
Des prescriptions pour les suites immédiates sont réalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, ces prescriptions sont faites conjointement (échange, même si prescription de style « sortie selon protocole habituel »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusions pour l'étape après endoscopie			
Un écart à la check-list a-t-il été constaté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, item(s) concerné(s) : <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			
Si oui, la décision choisie est précisée sur le document <input type="checkbox"/> en partie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vérification de la check-list après l'examen

La check-list comporte l'étiquette du patient (ou nom/prénom/DDN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La check-list comporte le nom de l'endoscopiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La check-list comporte le nom de l'anesthésiste et/ou de l'IADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La check-list comporte le nom du coordonnateur de la check-list	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Appréciation sur la qualité de la communication / des échanges : 1 2 3 4

Appréciation sur la participation des professionnels à la communication ou aux échanges :

IDE-IBODE : 1 2 3 4

IADE : 1 2 3 4

Endoscopiste : 1 2 3 4

Anesthésiste : 1 2 3 4

Commentaires :
.....

Annexe 3 : Exemple de résultat rendu au niveau d'un établissement (début)

Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list en endoscopie digestive



**Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list
« Sécurité du patient en endoscopie digestive »**

Enquête d'opinion - Questionnaire "individu"

Résultats par établissement

Etablissement concerné

Description de l'échantillon

Nombre de professionnels ayant répondu dans l'établissement	7
Nombre de professionnels ayant répondu dans la région	53
Caractéristiques des professionnels ayant répondu	
- endoscopiste	42,9 %
- cadre de santé	14,3 %
- IDE	42,9 %
- IBODE	0,0 %
- anesthésiste	0,0 %
- IADE	0,0 %
Caractéristiques des établissements ayant répondu	
- Etablissement public	%
- Etablissements de santé privés d'intérêt collectif	%
- Etablissements de santé privés	%

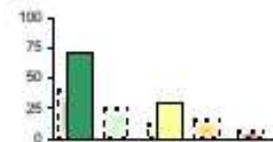
**Opinion sur l'utilité et l'efficacité de la check-list
« Sécurité du patient en endoscopie digestive »**

Interprétation des graphiques :

- trait plein : réponses de l'établissement
- trait pointillé : réponses régionales

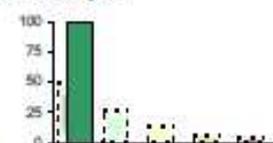
La CL permet d'optimiser le partage des informations concernant le patient et/ou l'examen à réaliser

- 5 (tout à fait d'accord)	71,4 %
- 4	0,0 %
- 3	28,6 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	4,4 / 5



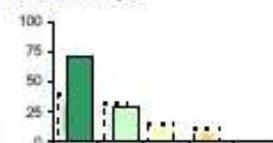
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'endoscopie

- 5 (tout à fait d'accord)	100,0 %
- 4	0,0 %
- 3	0,0 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	5,0 / 5



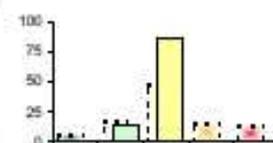
La CL est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors d'une endoscopie

- 5 (tout à fait d'accord)	71,4 %
- 4	28,6 %
- 3	0,0 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	4,7 / 5



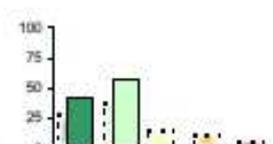
La CL permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe

- 5 (tout à fait d'accord)	0,0 %
- 4	14,3 %
- 3	85,7 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	3,1 / 5



La CL contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité

- 5 (tout à fait d'accord)	42,9 %
- 4	57,1 %
- 3	0,0 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	4,4 / 5



La CL est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants)

- 5 (tout à fait d'accord)	14,3 %
- 4	42,9 %
- 3	42,9 %
- 2	0,0 %
- 1 (pas du tout d'accord)	0,0 %
- Note d'accord moyenne (comprise entre 1 et 5)	3,7 / 5

