

Les transmissions IADE-IDE en SSPI : Perception des risques

CAILLOL Marion, COLOMBA Bénédicte

18 novembre 2017

- Démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Outils standardisés
- Amélioration et anticipation de la gestion des risques

- Les transmissions en SSPI: transfert de responsabilité professionnelle et amélioration de la gestion des risques
- Compréhensibles, spécifiques et rapides
- Professionnels insatisfaits
- Manque d'études françaises sur le sujet

Objectif principal

Mesurer la différence de perception du risque entre émetteurs (IADE) et récepteurs (IDE) lors des transmissions du bloc opératoire vers la SSPI

Objectifs secondaires

- Tester la qualité des transmissions à partir d'une check-list type
- Evaluer les risques objectifs du patient d'après son dossier d'anesthésie
- Comparer ces scores objectifs avec les scores perçus par les IADE et les IDE
- Définir les différents facteurs associés aux écarts de perception

Matériel et méthodes

- Etude observationnelle multicentrique, incluant 102 dossiers
- **Critères d'inclusions:** Majeurs, sous anesthésie générale, chirurgie pro
- **Critères de non-inclusion:** chirurgie ambulatoire, patients transférés e

- Elaboration d'une check-list type
- Observation de facteurs extrinsèques
- Observation de facteurs démographiques

• Evaluation des risques objectifs à partir de scores validés :

- Risque cardio-vasculaire: **Score de Lee**
- Risques respiratoire et rénal: **NSQIP**
- Risque hémorragique: **Apgar chirurgical**
- Risque de retard de réveil: **Aldrète modifié**

•Cotation de la perception des risques IADE et IDE sur une **échelle de Likert**:

RISQUE HÉMORRAGIQUE				
RISQUE CARDIO- VASCULAIRE				
RISQUE RESPIRATOIRE				
RISQUE RÉNAL				
RISQUE RETARD REVEIL				
AUTRE				

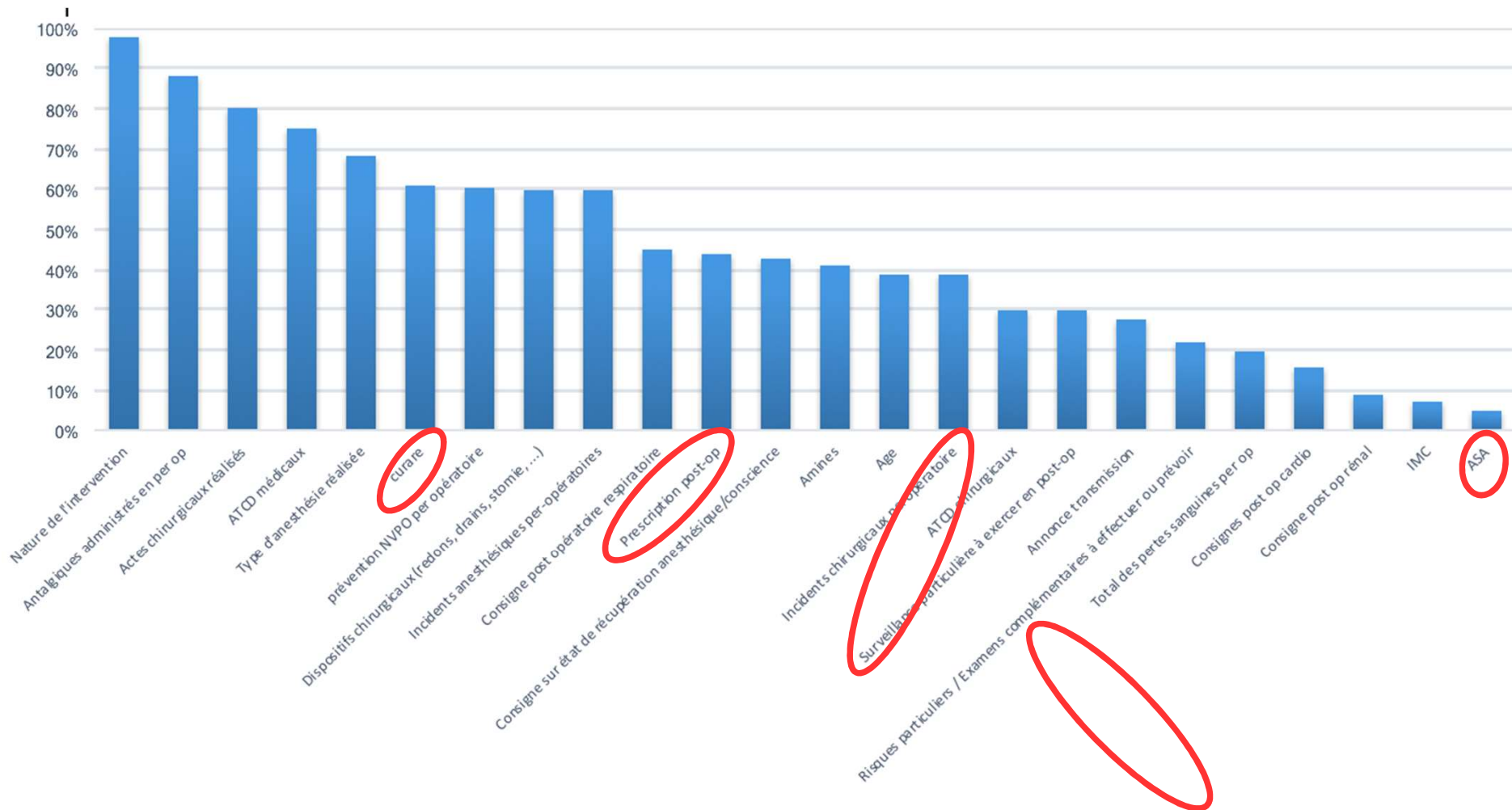
Résultats

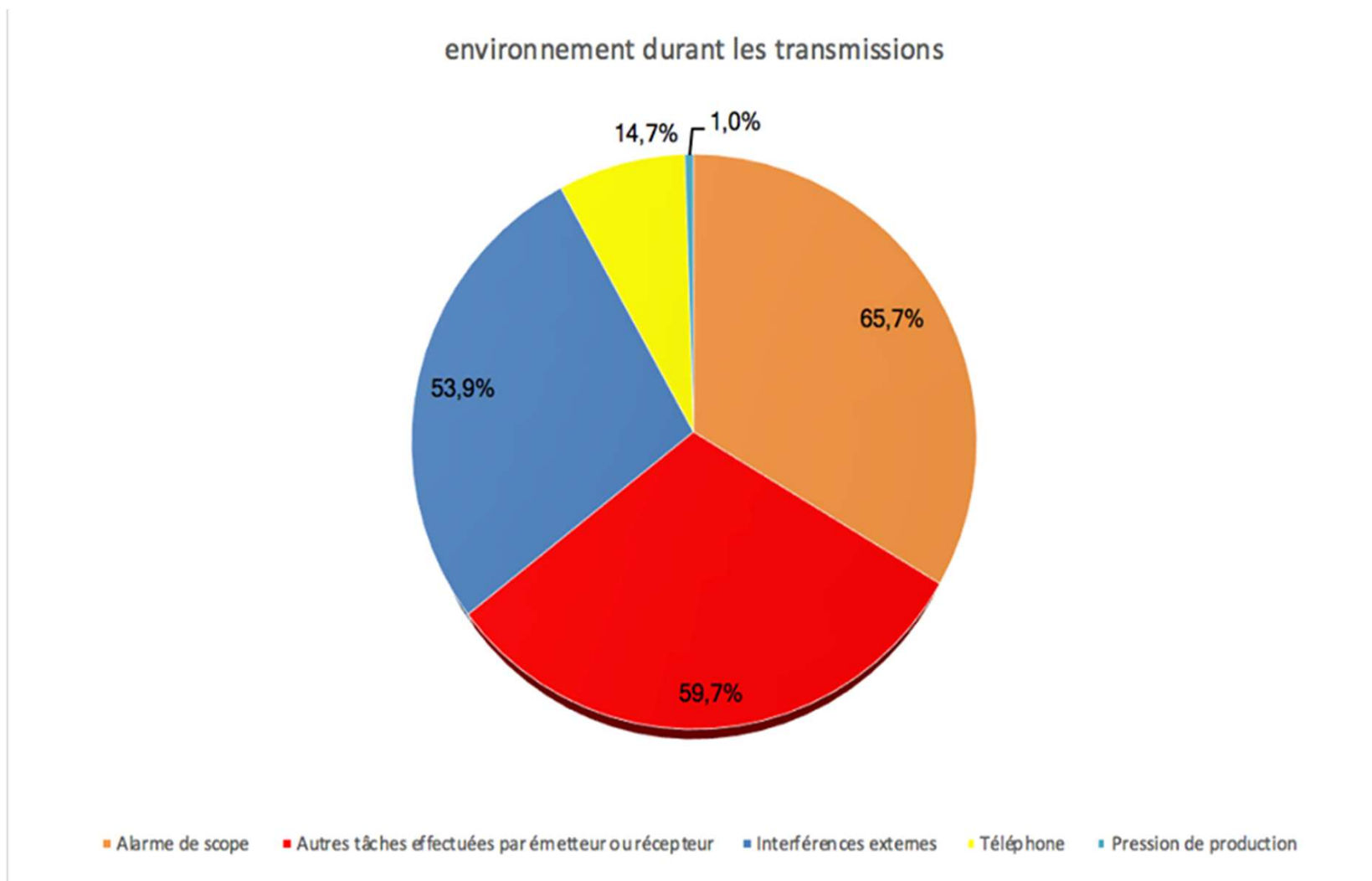
•Aucun **effet centre** n'a été observé :

- $p_{\text{risque hémorragique}} = 0,236$
- $p_{\text{risque cardio-vasculaire}} = 0,323$
- $p_{\text{risque retard de réveil}} = 0,299$
- $p_{\text{risque respiratoire}} = 0,550$
- $p_{\text{risque rénal}} = 0,885$
- $p_{\text{autre risque}} = 0,897$

•Seuls 5 dossiers (4,9%) ont bénéficié d'une transmission complète

Éléments transmis lors des transmissions





Classification de Landis et Koch

Excellent	$\kappa \geq 0,80$
Bon	$0,6 \leq \kappa \leq 0,80$
Moyen	$0,40 \leq \kappa \leq 0,60$
Médiocre	$0,20 \leq \kappa \leq 0,40$
Mauvais	$0 \leq \kappa \leq 0,20$
Exécrable	$\kappa < 0$

 Comparaison des perceptions du risque IADE-
IDF

	IADE N=102		IDE N=102		□* p**
	N	%	N	%	
Perception du risque hémorragique					
Faible	60	58,8	48	47,1	0,2533
Modéré	31	30,4	38	37,3	0,0253
Elevé	10	9,8	13	12,7	
Très élevé	1	1,0	3	2,9	
Perception du risque cardio-vasculaire					
Faible	66	64,7	68	66,7	0,5168
Modéré	22	21,6	25	24,5	<0,0001
Elevé	9	8,8	8	7,8	
Très élevé	5	4,9	1	1,0	
Perception du risque respiratoire					
Faible	45	44,1	45	44,1	0,3604
Modéré	30	29,4	43	42,2	0,0002
Elevé	22	21,6	12	11,8	
Très élevé	5	4,9	2	2,0	
Perception du risque de retard de réveil anesthésique					
Faible	66	64,7	73	71,6	0,1556
Modéré	29	28,4	24	23,5	0,1497
Elevé	6	5,9	5	4,9	
Très élevé	1	1,0	0	0,0	
Perception du risque rénal					
Faible	81	79,4	82	80,4	0,5199
Modéré	15	14,7	13	12,7	<0,0001
Elevé	4	3,9	6	5,9	
Très élevé	2	2,0	1	1,0	

* Coefficient Kappa

** Test de nullité du coefficient de Kappa

Consultation de Méthodologie et Statistiques, ICU

- Aucun **facteur démographique** n'a pu expliquer cette différence de per
- Seule la présence d'un risque objectif pour le **risque cardio-vasculaire** (

- Tests de Chi-2 et de Fisher exact : différence significative entre le risque
- Pour le risque cardio-vasculaire : 8 cas (7,84%) ont été surestimés et 8 c
- Pour le risque respiratoire : 10 cas (9,80%) ont été surestimés et 15 cas

Lorsque l'IADE cochant un risque faible ou modéré cela correspondait à un risque objec

Discussion

85% des incidents pourraient conduire à des événements indésirables graves par défaut de communication selon la Joint Comission.

Durant nos observations:

- Transmissions majoritairement incomplètes
- Pas de temps dédié
- Multi-tâches: effet STROOP

•Discordances de perception des risques entre IADE et IDE:

- **Risque cardio-vasculaire** : 10 fois moins d'écart de
- **Risque respiratoire** : 2,5 fois moins d'écart de
- **Risque hémorragique, risque rénal et risque de**

• Différence significative entre le risque objectif et le risque perçu par l'IAI

- *si l'IADE perçoit mal le risque objectif, comment peut-il*
- *ces risques étaient-il mal transmis dans le dossier*
- *score de Lee et NSQIP peu mis en exergue lors de la*

- Absence de différence entre le risque objectif et le risque perçu par l'IA
- risque hémorragique surveillé tout au long de l'intervention par l'IADE, pou

Propositions d'amélioration

- Être attentif à l'environnement durant les transmissions : téléphone, réseaux sociaux, etc.
- Sensibilisation du personnel
- Allouer un temps dédié aux transmissions et limitées à 2 personnes
- Signalisation indiquant que les transmissions sont en cours
- Utilisation d'une check-list type pour éviter les oublis et améliorer la qualité
- Mettre en évidence les différents risques de façon systématique dans le matériel

Biais et limites

- Sélection des jours d'observation
- Influence par notre présence sur le comportement et la qualité de trav
- Pas d'exploitation du facteur temps
- Utilisation d'une échelle de Likert (subjectivité)

Biais et limites

- Sélection des jours d'observation
- Influence par notre présence sur le comportement et la qualité de trav
- Pas d'exploitation du facteur temps
- Utilisation d'une échelle de Likert (subjectivité)

A venir...

- Mise en place d'une check-list type
- Evaluation de son efficacité
- Réajustement

MERCI POUR VOTRE ATTENTION