

LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

INFORMATION, RAISON D'ÊTRE et FAQ



Mai 2009

**INFORMATION, RAISON D'ÊTRE ET FAQ RELATIVES À LA
LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE**

Mai 2009 - Version 1.0

Le présent document a pour objectif de fournir de l'information sur la raison d'être de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire et son contenu. Il vient compléter le document intitulé « Explication détaillée des éléments de la liste de vérification ».

Des ressources et des outils additionnels pour aider les organisations à mettre en œuvre la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire se trouvent sur le site web www.safesurgerysaveslives.ca et dans la Communauté de pratique sur les chirurgies sécuritaires.

Le présent document a été rédigé par le groupe de travail interne au Canada avec le soutien de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

TABLE DES MATIÈRES

Qu'est ce que la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire?	2
Comment la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire aide-t-elle à promouvoir la sécurité des patients?	2
Doit-on nécessairement cocher toutes les 26 cases?.....	5
Qui devrait être responsable de remplir la liste de vérification?	6
Pourquoi certains éléments ont-ils été inclus dans la liste de vérification?	6
Qu'est-ce que la classification de l'ASA et que signifie-t-elle?	7
Quels sont les moniteurs "requis" pour une anesthésie?	8

QU'EST-CE QUE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE?

La liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (liste de vérification) est un outil de promotion de la sécurité des patients pendant la période per-opératoire. Comme son nom l'indique, la liste de vérification est une liste des tâches les plus courantes que les membres d'une équipe de bloc opératoire doivent exécuter et des éléments auxquels ils doivent penser pendant la période per-opératoire. Dans ce document, nous entendons par « équipe de bloc opératoire » les chirurgiens, les anesthésiologistes, les infirmières, les techniciens et autres membres du personnel de bloc opératoire.

La liste de vérification se divise en trois parties qui correspondent aux trois phases de toute procédure chirurgicale : la période avant l'induction de l'anesthésie (**Instructions**), la période après l'induction de l'anesthésie et avant l'incision chirurgicale (**Pause**) et la période pendant laquelle la plaie est recousue, ou immédiatement après, mais avant que le patient¹ ne quitte le bloc opératoire (**Retour sur l'intervention**).

COMMENT LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE AIDE-T-ELLE À PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS?

La liste de vérification aide à promouvoir la sécurité des patients grâce à deux mécanismes distincts.

❑ **Mécanisme #1** : En énonçant la liste des tâches à accomplir et des éléments à considérer pendant la période per-opératoire. Dans la plupart des institutions du Canada, la vérification de ces tâches et éléments fait partie de la pratique courante. Il est toutefois rare que *toutes* les tâches et *tous* les éléments soient vérifiés *tout* le temps par *toutes* les équipes de bloc opératoire de *tous* les hôpitaux, en raison de nombreux facteurs, dont les contraintes de temps, les changements de

¹ Le masculin est utilisé dans le présent document sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

quart de travail et la présence de plus d'une équipe de chirurgie (dans les cas de polytraumatisés).

Par exemple, l'imagerie est essentielle à la planification et au bon déroulement de nombreuses opérations, mais les membres de l'équipe ne savent pas toujours à qui incombe la responsabilité de veiller à ce que les résultats de l'imagerie appropriée soient disponibles. L'inclusion d'**Imagerie** dans la liste de vérification aidera les équipes de bloc opératoire à adopter une méthode systématique garantissant la disponibilité de l'imagerie. De plus, un nombre croissant d'équipes de bloc opératoire utilise des systèmes de guidage par imagerie pour faciliter les opérations chirurgicales. Ces équipes peuvent décider d'inclure dans la liste de vérification la vérification de la présence et du bon fonctionnement du système de guidage par imagerie.

En parcourant la liste de vérification et en cochant chaque élément, les membres de l'équipe de bloc opératoire obtiennent la confirmation visuelle ou verbale que ces tâches ou ces éléments ont été mis en œuvre ou traités à divers moments pendant la période per-opératoire. Certaines équipes ont utilisé la liste de vérification pour consigner les éléments dont elles ne peuvent s'occuper dans le cours normal des événements. Avant l'incision, par exemple, le décompte des éponges, des scalpels et des divers autres objets et instruments peut être précipité ou parfois même incomplet, notamment si l'état du patient est instable au point de nécessiter une procédure d'urgence, comme une thoracotomie ou une laparotomie. Dans ces situations, on peut faire de la **Pause** une occasion de traiter le problème, en demandant si quelqu'un a des questions ou des préoccupations. Sachant que le chirurgien peut ne pas l'avoir entendue le lui dire, l'infirmière a l'occasion de rappeler au chirurgien que le décompte des objets n'a pas été terminé.

Lors d'opérations nécessitant l'ouverture d'une cavité du corps, l'infirmière ou les infirmières en service confirment l'exactitude du décompte final des accessoires (éponges, scalpels et divers autres objets et accessoires) ET des instruments. Si le décompte n'est pas exact, l'équipe de bloc opératoire doit être avertie et les mesures appropriées doivent être prises : recomptage et vérification du plancher, de la plaie, du drapage, du linge souillé et des ordures. Si le décompte

est toujours incorrect, une radiographie permettra d'exclure la possibilité que des instruments, des accessoires ou des objets aient été laissés par inadvertance dans la plaie. Dans un tel cas, la liste de vérification peut servir à rappeler à l'équipe qu'une radiographie doit être faite. Si un instrument ou une pièce d'équipement ont mal fonctionné pendant une opération, il faut le noter pour éviter que ce matériel défaillant ne soit utilisé pour un autre patient avant que le problème n'ait été détecté et corrigé. Ainsi, l'utilisation de la liste de vérification peut aider à réduire le nombre de tâches et d'éléments qui sont omis, reportés ou tout simplement oubliés.

❑ **Mécanisme #2** : Pour s'assurer que chaque tâche et chaque élément ont été pris en compte, les membres de l'équipe de bloc opératoire doivent discuter entre eux de la liste de vérification. Par exemple, même si un patient court plus de risques de souffrir d'un choc hypovolémique, causé par une perte sanguine supérieure à 500 ml pour un adulte et 7 ml/kg pour un enfant, certains chirurgiens n'informent pas systématiquement l'anesthésiologiste et le personnel infirmier du risque d'une perte sanguine supérieure à la normale. L'inclusion de « **Perte sanguine** » dans la liste de vérification est un moyen structurel de confirmer ce à quoi s'attend le chirurgien. Ce genre de discussion devrait aussi aider les membres de l'équipe à mieux comprendre les rôles et les compétences respectives de chacun, encourager la réflexion, améliorer les communications et renforcer l'efficacité de l'équipe de bloc opératoire.

DOIT-ON NÉCESSAIREMENT COCHER TOUTES LES 26 CASES?

En dernière analyse, il n'est pas nécessaire de remplir complètement la liste de vérification pour qu'elle soit utile. Il est important d'éviter de remplir machinalement un formulaire sans porter attention à son contenu ou à son intention. La liste de vérification est simplement un outil verbal élaboré dans le but de soutenir l'excellence des soins offerts aux patients par la préparation et le travail d'équipe.

INFORMATION, RAISON D'ÊTRE et FAQ RELATIVES À LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

Nous encourageons tous les hôpitaux à adapter la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, y compris l'utilisation des cases, pour qu'elle convienne à leurs besoins particuliers. La liste de vérification canadienne est offerte en différents formats (avec ou sans carte de pointage) afin de permettre aux hôpitaux de choisir celui qui leur convient le mieux.

Nous encourageons les hôpitaux à vérifier à tout le moins si les équipes de bloc opératoire utilisent la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, version papier ou version électronique. Certains hôpitaux peuvent choisir de vérifier si les trois sections sont remplies (Instructions, Pause et Retour sur l'intervention). Quoi qu'il en soit, nous encourageons tous les hôpitaux à utiliser la liste de vérification pour soutenir les projets d'amélioration continue de la qualité. Par exemple, le Retour sur l'intervention procure aux membres de l'équipe une occasion de réfléchir et de déterminer quels sont les aspects de leur pratique qui pourraient être améliorés. Cette information aide ensuite les équipes responsables de l'amélioration de la qualité de travailler à bonifier les structures et les processus de soins. Les équipes de bloc opératoire peuvent aussi noter les aspects d'une opération qui se sont bien déroulés, afin de les examiner et d'en profiter à l'avenir.

QUI DEVRAIT ÊTRE RESPONSABLE DE REMPLIR LA LISTE DE VÉRIFICATION?

Un ou plusieurs représentants des trois groupes de professionnels qui composent les équipes de bloc opératoire traditionnelles (chirurgiens, anesthésiologistes et infirmières) sont responsables d'assurer la vérification de tous les éléments de la liste de vérification. Certaines équipes ont trouvé utile de désigner un coordonnateur de la liste de vérification, tandis que d'autres équipes font appel à une personne de chaque groupe de professionnels pour chacune des trois phases.

Le coordonnateur de la liste de vérification doit confirmer que les membres de l'équipe ont exécuté les tâches et vérifié les éléments se rapportant à chacune des trois phases de la liste avant de procéder plus avant. Lorsque les équipes de bloc opératoire se seront familiarisés avec la liste de vérification et auront réussi à l'intégrer dans le processus « normal » du bloc opératoire, le rôle du coordonnateur perdra de son importance et l'utilisation efficace de la liste de vérification deviendra un automatisme.

POURQUOI CERTAINS ÉLÉMENTS ONT-ILS ÉTÉ INCLUS DANS LA LISTE DE VÉRIFICATION?

Pour décider quels éléments seraient inclus dans la liste de vérification, le Groupe de travail s'est inspiré de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire de l'OMS et de publications sur le sujet. Les membres ont aussi voulu inclure les tâches connues pour être négligées ou exécutées de façon inconstante et pouvant être corrélées à des préjudices pour les patients.

❑ **Exemple #1 :** Malgré des données convaincantes et un large consensus voulant que la prophylaxie antibiotique soit le plus efficace si des concentrations adéquates d'antibiotiques sériques ou tissulaires sont atteintes avant l'incision, les équipes chirurgicales n'administrent pas systématiquement des antibiotiques dans l'heure qui précède la première incision.

❑ **Exemple #2 :** Des données récentes montrent qu'un bon contrôle de la glycémie (maintien de la concentration du glucose sérique inférieure à 11,1 mmol/L²) est associé à la réduction des infections du site opératoire. En revanche, de nouvelles données indiquent qu'un contrôle intensif de la glycémie (maintien de la concentration du glucose sanguin entre 4,5 et 6mmol/L) chez les patients des unités de soins intensifs est associé à une augmentation du taux de mortalité comparativement à un contrôle conventionnel de la glycémie (maintien de la concentration du glucose sanguin à 10 mmol ou moins par litre)³. On peut donc utiliser la liste de vérification pour rappeler aux équipes de bloc opératoire de vérifier la concentration de la glycémie des patients diabétiques qui doivent être admis à l'unité des soins intensifs après leur opération.

² How-to Guide: Prevent Surgical Site Infections, Campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Mai 2007. Extrait le 26 mars 2009:

<http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/SSI/Documents/SSI%20Getting%20Started%20Kit.pdf>

³ Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients. *The NICE-SUGAR Study Investigators*. NEJM 2009;360(13):1283-1297

❑ **Exemple #3 :** La thrombo-embolie veineuse submassive cliniquement, l'une des complications les plus courantes de l'hospitalisation, est évitable. Si la thrombophylaxie n'est pas initiée, de 10 à 40 pour cent des patients en chirurgie générale et de 40 à 60 pour cent des patients ayant subi une chirurgie de la hanche font une thrombo-embolie veineuse submassive cliniquement⁴.

❑ **Exemple #4:** Les patients font souvent de l'hypothermie pendant la période per-opératoire en raison d'une combinaison de facteurs, dont l'état d'anesthésie, les solutions de préparation de la peau, et l'exposition de la peau et de la cavité corporelle à la fraîcheur des blocs opératoires. Les patients qui font de l'hypothermie sont plus susceptibles de souffrir de diverses complications, comme d'une perte sanguine plus forte, d'infections du site opératoire et d'intenses frissons.

QU'EST-CE QUE LA CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE DE L'ASA ET QUE SIGNIFIE-T-ELLE?

La classification de l'état physique de l'*American Society of Anesthesiologists (ASA)* est une échelle numérique en six points que les anesthésiologistes utilisent pour classer les patients selon leur état physique. La classification n'est pas un « pointage des risques anesthésiques ». Toutefois, la classification de l'ASA est corrélée avec la probabilité de mortalité postopératoire, car l'état du patient et le type d'opération qu'il doit subir jouent un rôle déterminant dans l'évolution de l'état du patient.

Les six catégories de la classification de l'ASA sont⁵ :

- P1 Un patient en bonne santé
- P2 Un patient ayant une atteinte systémique légère
- P3 Un patient ayant une atteinte systémique grave
- P4 Un patient ayant une atteinte systémique grave qui constitue un danger constant pour sa vie

⁴ How-to Guide: Prevention of Venous Thromboembolism. *Safer Healthcare Now!* Campaign May 2008. Retrieved March 26, 2009:

<http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/vte/Documents/VTE%20Getting%20Started%20Kit.pdf>

⁵ Appendix II: American Society of Anesthesiologists Classification of Physical Status. Guidelines to the Practice of Anesthesia – 2008. As Recommended by the Canadian Anesthesiologists' Society - 2008.

http://www.cas.ca/members/sign_in/guidelines/practice_of_anesthesia/default.asp?load=appendix_ii

-
- P5 Un patient moribond dont on ne s'attend pas qu'il survive sans l'intervention
 - P6 Un patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes sont prélevés pour être transplantés.

QUELS SONT LES MONITEURS « REQUIS » POUR UNE ANESTHÉSIE?

Les moniteurs classifiés comme étant requis selon les *Guidelines to the Practice of Anesthesia*⁶ sont ceux qui sont (ou seront) utilisés sur une base continue pendant le cours de l'anesthésie. Ces moniteurs sont : un sphygmo-oxymètre, un appareil de mesure de la tension artérielle (soit directement soit de manière non invasive), de l'électrocardiographie, de la capnographie (mesure de la courbe du taux de gaz carbonique expiré) lors de l'insertion de tubes endotrachéaux ou de masques laryngés et un moniteur de gaz anesthésiant spécifique à chaque produit en cas d'anesthésie par inhalation.

⁶ *Patient Monitoring. Guidelines to the Practice of Anesthesia* – 2008. Tel que recommandé par la Société canadienne des anesthésiologistes.
http://www.cas.ca/members/sign_in/guidelines/practice_of_anesthesia/default.asp?load=patient_monitoring de l'hospitalisation