

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION D'UNE LISTE DE CONTRÔLE POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE AU BLOC OPÉRATOIRE DU CHU SAINTE-JUSTINE

Septembre 2012

En 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lançait la campagne '*Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*' dans le but d'améliorer la sécurité des soins chirurgicaux, de réduire la mortalité et les complications chirurgicales évitables, et ce à l'échelle mondiale. Un des éléments clés de cette campagne réside dans l'élaboration d'un outil simple et pratique servant de cadre de référence pour la sécurité des soins chirurgicaux en milieu hospitalier. Il s'agit d'une liste de contrôle que toute équipe chirurgicale peut utiliser pour s'assurer que les procédures pré-, per- et post- opératoires sont effectuées de manière adéquate et efficace.

Toute liste de contrôle doit comporter **trois étapes** : la réunion préparatoire (avant l'induction de l'anesthésie), le temps d'arrêt préopératoire ou '*time out*' (avant l'incision) et le compte rendu post-opératoire (avant que le patient ne quitte la salle d'opération). Il s'agit d'un **outil de communication** devant permettre d'éviter la survenue d'accidents lors de la prise en charge des patients. Elle repose, notamment, sur le partage par les membres de l'équipe chirurgicale, des informations nécessaires à la **sécurisation de l'acte chirurgical** et à son **bon déroulement**. Elle doit permettre d'alerter l'équipe en cas de déviance par rapport à des critères préalablement définis et d'aller, si nécessaire, jusqu'à l'arrêt de la chirurgie³. Une étude a démontré qu'elle permet de **réduire les complications post-opératoires**.

L'Institut canadien pour la Sécurité des Patients (ICSP) a adapté la liste de vérification de l'OMS afin de promouvoir et de faciliter son utilisation au Canada. Certaines provinces comme l'Alberta et l'Ontario avaient d'ores et déjà rendu obligatoire l'utilisation d'une liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire dans tous les établissements hospitaliers. Agrément Canada, qui est membre du groupe de travail sur la liste de contrôle mené par l'ICSP, exige depuis 2011 que les blocs opératoires de tous les hôpitaux canadiens intègrent cet outil à leurs procédures opératoires (pratique organisationnelle requise du programme d'agrément d'Agrément Canada, 2012). Le Québec a donc joint ce mouvement d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux.

Le CHU Sainte-Justine est doté de 9 salles d'opération - dont une salle hybride - lui permettant de couvrir 10 spécialités chirurgicales. En 2010-2011, 10 542 patients y ont été opérés. Avant 2009, il n'existait pas de protocole clairement défini permettant de s'assurer que les étapes préalables de vérification étaient dûment effectuées avant chaque intervention chirurgicale. En novembre 2009, les gestionnaires du bloc opératoire introduisait une nouvelle pratique, la **pause préchirurgicale** ('*time out*'), qui consiste en la vérification par l'équipe du bloc opératoire d'informations-clés tout juste après l'induction de l'anesthésie et avant la première incision, soit la confirmation de l'identité du patient, du type d'intervention chirurgicale et du site opératoire. Neuf (9) mois après le début de l'implantation de cette procédure, la nécessité d'introduire un outil plus complet tel que la **liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire** s'impose aux gestionnaires de l'unité fonctionnelle du bloc opératoire du CHU Sainte-Justine.

La coordonnatrice de l'unité fonctionnelle du bloc opératoire a sollicité le support de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) afin d'accompagner son équipe dans le processus d'évaluation de l'implantation de la liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire au bloc opératoire du CHU Sainte-Justine.

Le devis d'évaluation inclut des **entrevues semi-dirigées** réalisées auprès des différents professionnels et gestionnaires du bloc opératoire, des **observations** au bloc opératoire, un **sondage** et la réalisation d'**audits**.

Les **objectifs** de l'évaluation sont de :

- ✓ dégager les enjeux organisationnels reliés à l'implantation de la liste de contrôle par tous les professionnels du bloc opératoire ;
- ✓ mesurer le taux de conformité¹ de l'utilisation de la liste de contrôle.

L'analyse des **résultats** a permis d'identifier plusieurs **barrières** à l'implantation de la liste de contrôle.

Le fait que, bien souvent, le chirurgien ne soit pas présent dans la salle avant l'induction de l'anesthésie du patient sème de la confusion chez l'infirmière responsable de la liste de contrôle qui ne sait pas quand démarrer le processus.

Par ailleurs, même lorsque tous les acteurs sont présents, le choix du moment approprié pour avoir l'attention de tous et effectuer les 3 temps de la liste n'est pas toujours aisé. En effet, chacun est concentré sur ses activités qui peuvent parfois être délicates (intubation par l'anesthésiste, événement imprévu à gérer, activité d'enseignement, etc.). Il apparaît donc essentiel de créer un climat de coopération afin que tous les acteurs adhèrent au processus d'application de la liste de contrôle. Or l'un des maillons faibles du plan d'implantation est l'absence de leaders cliniques vis-à-vis de la liste de contrôle, et ce notamment parmi les chirurgiens et anesthésistes. Ils pourraient agir à titre de 'champions' et d'exemple à suivre par les collègues.

Une autre difficulté provient du fait que plusieurs feuilles ont été implantées quasiment en même temps au bloc opératoire, ce qui a entraîné une légère augmentation des tâches administratives effectuées par les infirmières. Une période d'adaptation devrait permettre de surmonter cet inconvénient.

Les **résultats des observations** faites au bloc opératoire indiquent un certain progrès quant à l'acceptation de la liste de contrôle, 1 mois après implantation. Cependant, des réticences persistent.

Les observations témoignent du fait que le bloc opératoire est un environnement complexe, voire stressant pour le novice. Le bon fonctionnement des activités nécessite une interaction et une collaboration étroites entre le personnel et le corps médical. Par ailleurs, une discipline rigoureuse est requise afin d'assurer la sécurité de tous, y compris celle du patient. Le **rôle de l'infirmière** responsable d'appliquer la liste de contrôle est **primordial**; il n'est cependant pas facile à exercer et exige un haut niveau d'expérience et de confiance en soi.

L'analyse des **résultats du sondage** indique que les infirmier(e)s et inhalothérapeutes, les chirurgiens et les anesthésistes sont positifs quant à l'utilité de la liste de contrôle pour améliorer la sécurité des soins chirurgicaux et quant à la facilité d'utilisation lors de la pause préchirurgicale (questions 1 à 4 et question 8). Par ailleurs, tous les professionnels de la santé s'accordent à penser que la liste ne permet pas d'aplanir les hiérarchies.

De l'avis des infirmières et inhalothérapeutes, la liste n'est pas facile d'utilisation lors de la 1^{ère} phase de l'intervention chirurgicale. En revanche, il existe un écart significatif entre les opinions des infirmières et

¹ Le taux de conformité se définit par le pourcentage d'items cochés par fiche (liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire)

inhalothérapeutes et celles des médecins concernant l'utilité de la liste pour favoriser l'échange d'information et la facilité d'utilisation lors de la fin de la chirurgie. En effet, seules les infirmières et inhalothérapeutes ont une appréciation négative sur ces 2 points.

Les répondants, quels que soient les professionnels considérés, déplorent le caractère répétitif et fastidieux de la liste. Les anesthésistes, les infirmières et les inhalothérapeutes jugent la présence du chirurgien indispensable avant l'anesthésie du patient. En effet, selon certains anesthésistes, il est difficile de garder longtemps un enfant dans la salle avant l'induction de l'anesthésie sans qu'il y ait risque de panique.

Les **résultats des audits de résultats** indiquent une nette amélioration de l'observance en avril 2012, soit 6 mois post implantation. En effet, le **taux de fiches entièrement remplies** approchant le **seuil des 70%** en avril 2012. De plus, le taux de fiches non remplies se situe autour de 1% des fiches recueillies ce qui contraste avec le taux observé qui était autour de 35% lors du déploiement de la démarche d'implantation.

Conclusion

Le bloc opératoire est un environnement complexe au sein duquel des décisions critiques doivent être prises en un minimum de temps afin de faire face à tout imprévu ou urgence. L'erreur humaine est à l'origine de 70 à 80% des incidents et accidents reliés aux interventions chirurgicales qu'il s'agisse de l'intervention elle-même ou de l'anesthésie.⁸ Le stress, la fatigue, les contraintes de temps de même que la dynamique du groupe que constitue l'équipe chirurgicale affectent les perceptions de chacun et le processus de prise de décision ; ce qui peut mener à des erreurs de jugement et à des déviations par rapport aux procédures standards. Dans la plupart des cas, les imprévus et difficultés pouvant survenir au cours d'une intervention chirurgicale ne sont pas majeurs. Cependant, la fréquence et la conjonction de ces petits incidents peuvent avoir un impact non négligeable sur le succès d'une chirurgie.⁹ L'implantation d'une liste de contrôle au bloc opératoire est la stratégie proposée pour augmenter la qualité des soins chirurgicaux et la sécurité des patients.

Il faut garder à l'esprit que la liste de contrôle n'est qu'un outil dont l'efficacité repose essentiellement sur la mobilisation des professionnels de la santé. C'est dans cette optique que l'évaluation de l'implantation de la liste a permis :

- d'améliorer les outils afin de faciliter la démarche entreprise, notamment par :
 - ✓ le développement d'une deuxième version de la liste de contrôle,
 - ✓ la création d'affiches plastifiées 12"x18" servant d'aide-mémoires pour l'ensemble des membres des équipes chirurgicales ;
- de préparer des outils de collecte de données qui pourront servir de base à la poursuite de la démarche d'évaluation de la qualité au bloc opératoire;
- d'identifier les conditions favorisant une application optimale de la liste de contrôle par les professionnels du bloc opératoire.

L'ensemble des résultats présentés dans ce rapport permet de formuler **plusieurs recommandations** qui faciliteront le soutien à court, moyen et long terme de l'utilisation systématique de la liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire ainsi que l'évaluation continue du processus.

Aussi, nous recommandons :

À court terme,

- **aux gestionnaires du bloc opératoire**, dont le rôle consiste à réguler les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation des chirurgies et la sécurité des patients :

1. **de former** le personnel infirmier en vue de l'application de la liste de contrôle.

Certaines infirmières d'expérience pourraient assumer ce rôle et également intervenir à titre de mentors.

2. **de faire le suivi régulièrement du taux de conformité** d'utilisation de la liste de contrôle (audits de résultats).

Les listes de contrôle utilisées devraient être analysées à intervalles réguliers (par exemple 1 semaine par mois de façon aléatoire). Il s'agit d'entrer les données retrouvées sur chaque feuille selon un modèle que l'UETMIS pourrait proposer. Cette étape pourrait être réalisée par une agente administrative. Un outil d'analyse serait également intégré ce qui permettrait au gestionnaire de suivre aisément l'évolution du taux de conformité d'utilisation de la liste de contrôle.

3. **de diffuser et discuter les résultats des audits** afin de stimuler l'intérêt pour la liste de contrôle et de recueillir les commentaires des professionnels de la santé sur les problématiques rencontrées ou sur les bons coups réalisés.

4. **de constituer un groupe de travail multidisciplinaire** afin d'apporter des solutions aux problématiques révélées par les audits.

Trois (3) ou 4 personnes (idéalement un chirurgien et/ou anesthésiste, une infirmière, un inhalothérapeute) pourraient agir en tant que leaders cliniques vis-à-vis de la liste de contrôle et assurer un niveau constant de standardisation du processus d'utilisation de cette dernière dans les différentes spécialités.

À moyen et long terme,

- **à la Direction qualité, sécurité et risques (DQSR)**, dont le mandat est, entre autres, d'accompagner les équipes dans leurs plans d'amélioration de la qualité des soins et services ainsi que dans l'analyse des événements indésirables :

5. **de réaliser des audits de procédures** régulièrement (fréquence à déterminer selon les ressources disponibles) afin de suivre l'évolution des pratiques.

Puisque les audits doivent être réalisés par une personne n'assurant pas de responsabilité dans le secteur intéressé, la DQSR pourrait apporter son soutien à l'équipe du bloc opératoire en réalisant les audits et en les analysant.

De façon prioritaire,

6. **d'évaluer** l'impact de la liste de contrôle sur la **fréquence des événements indésirables** (survenus ou évités) en lien avec les interventions chirurgicales.

7. **d'évaluer la perspective des patients** vis-à-vis de la liste de contrôle dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux.



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université  de Montréal