

ACPM.

Pour l'avancement
des soins de santé



Listes de vérification pour une chirurgie sécuritaire

EXAMEN DE DONNÉES
MÉDICO-LÉGALES



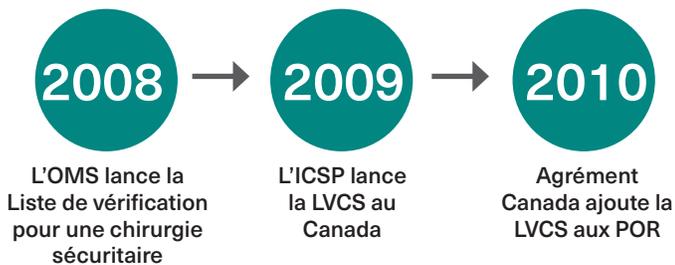
LISTES DE VÉRIFICATION POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE : EXAMEN DE DONNÉES MÉDICO-LÉGALES

CONTEXTE

Les chirurgiens utilisent des listes de vérification depuis longtemps, mais une étude menée en 2007 et 2008 par Haynes et ses collègues¹ a fait date en étant la première à mettre au jour une réduction des complications causée par l'utilisation d'une liste exhaustive conçue pour améliorer la communication au sein de l'équipe et l'uniformité des soins en salle d'opération.

La liste de vérification pour une chirurgie sécuritaire (LVCS) publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a permis de consolider la démarche des équipes chirurgicales en insistant davantage sur la communication afin d'assurer l'exécution uniforme et complète de tâches courantes nécessaires. Cette liste renforce des pratiques acceptées durant les trois étapes de la chirurgie : la réunion préparatoire (avant l'induction de l'anesthésie), le temps d'arrêt préopératoire (avant l'incision de la peau) et le compte rendu postopératoire (avant que le patient quitte la salle d'opération). De nombreux hôpitaux au Canada et ailleurs ont depuis repris la liste de l'OMS pour l'adapter à leurs besoins.

Les rapports d'études publiés par la suite ont continué de lier la LVCS à l'amélioration des résultats^{2,3}, mais pas ceux d'études menées récemment en Ontario^{4,5}. Cette observation a suscité des doutes quant à l'efficacité de la LVCS. Cependant, l'exécution incomplète ou imparfaite des points de cette liste pourrait être mise en cause; comme le reconnaissent Urbach et ses collègues, l'application obligatoire de la LVCS en Ontario n'était pas normalisée et n'exigeait pas de formation structurée des membres de l'équipe.⁴



Les experts reconnaissent que l'application efficace de la LVCS repose sur la formation, la dynamique et la communication, ainsi que sur la participation de tous les membres de l'équipe chirurgicale^{6,7}. Les stratégies efficaces comprennent l'engagement de chefs de file et d'un « champion » local, l'adaptation réfléchie de la LVCS aux exigences locales, la formation respectueuse de l'équipe interdisciplinaire, une mise en œuvre pilote suivie du recueil de commentaires avant la tenue de séances de formation à grande échelle, et le recueil de commentaires dans le cadre d'un processus continu d'évaluation et de renforcement^{8,9}. Certes, l'utilisation optimale de la LVCS ne permettra pas d'éviter tous les incidents chirurgicaux liés à la sécurité des patients, mais elle est jugée comme une étape fondamentale vers l'amélioration de la sécurité chirurgicale.

En vue d'appuyer la sécurité des soins chirurgicaux, cet examen des données médico-légales de l'Association canadienne de protection médical (ACPM) souligne la pertinence actuelle des problèmes cliniques que la LVCS vise à éviter, met en lumière quelques-uns des obstacles (facteurs humains ou systémiques) à son utilisation efficace et cerne les plus importantes mesures à prendre pour améliorer le système de soins et les pratiques individuelles.

MÉTHODOLOGIE

Les points de la LVCS désignent les aspects des soins cliniques couverts dans cette liste qui ont contribué à un incident chirurgical*. L'ACPM a examiné les dossiers médico-légaux conclus (actions civiles, plaintes adressées à l'autorité réglementaire [Collège] et aux hôpitaux) ayant trait à des incidents chirurgicaux en milieu hospitalier déclarés entre 2011 et 2014, afin de cerner des failles touchant les points de la LVCS. Nous avons retenu cette période parce qu'Agrément Canada a ajouté la LVCS aux pratiques organisationnelles requises (POR) en 2010.

Aux fins de l'analyse, nous avons cerné les incidents chirurgicaux liés aux mesures de sécurité incluses dans la LVCS ou associées à cette liste, dont les suivants : mauvaises interventions, oubli de corps étrangers, utilisation de greffons périmés, absence de prophylaxie appropriée, mauvais fonctionnement de l'équipement et problèmes de traitement des prélèvements. L'examen du rapport des experts a permis de cerner des facteurs liés au système, au médecin et à d'autres professionnels de la santé qui ont contribué aux incidents chirurgicaux. Les incidents ont été ventilés suivant l'étape de l'intervention durant laquelle ils sont survenus (réunion préparatoire, temps d'arrêt préopératoire ou compte rendu postopératoire) et la tâche qui devait permettre de les éviter. Les incidents liés aux soins obstétricaux ont été exclus de l'analyse, car ces soins se distinguent des autres par des enjeux uniques.

LIMITES

- Tous les incidents chirurgicaux ne sont pas déclarés à l'ACPM.
- L'analyse n'a porté que sur les données versées aux dossiers de l'ACPM. Le rapport des experts ou les dossiers médicaux ne permettaient pas toujours d'établir l'existence ou l'usage d'une LVCS formellement appliquée, ni le degré d'observance d'une telle liste dans certaines situations.

* Incident chirurgical : incident lié à la sécurité des patients qui survient avant, pendant ou après une intervention chirurgicale.

- D'après les données analysées, les cas étaient déclarés à l'ACPM un an en moyenne après la survenue de l'incident. Par conséquent, si on devait faire la mise à jour de l'analyse sur une période de durée égale, le nombre de cas et les résultats statistiques pourraient changer.

CONSTATATIONS

Quarante-trois dossiers médico-légaux conclus mettant en cause un point de la LVCS ont été dénombrés dans la base de données de l'ACPM, dont 11 ayant trait au décompte du matériel chirurgical. Si ces incidents sont peu fréquents, presque tous ont été jugés indéfendables, car les experts ne pouvaient pas sanctionner les soins prodigués (27 des 30 dossiers juridiques avaient été réglés et le médecin était mis en cause dans 12 des 13 plaintes adressées au Collège et à l'hôpital). Deux des trois dossiers médico-légaux conclus en faveur du médecin ont été réglés par l'établissement hospitalier. Huit des dossiers se sont soldés par un règlement versé au nom du médecin et de l'hôpital ou de l'autorité en matière de santé en raison de l'implication d'infirmières ou de l'absence de LVCS à l'hôpital.

Mauvais site d'intervention, mauvaise intervention, mauvais patient

Dans les 19 dossiers où l'intervention avait été pratiquée sur le mauvais organe ou le mauvais côté du corps, ou n'avait pas été l'intervention indiquée, on a observé des failles dans les tâches de vérification avant l'anesthésie (réunion préparatoire) ou avant l'incision de la peau (temps d'arrêt préopératoire). Ces failles impliquant toute l'équipe chirurgicale incluaient la non-vérification du consentement éclairé du patient avant le début de la chirurgie; la préparation ou le positionnement du mauvais côté malgré le marquage adéquat du site de l'intervention; et la non-disponibilité ou la non-vérification des images diagnostiques ou des dossiers cliniques (voir le tableau 1, à la page suivante, pour obtenir des détails cliniques). Le plus souvent, les experts consultés dans ces dossiers reprochaient aux équipes chirurgicales de ne pas avoir respecté le protocole de sécurité chirurgicale (14 dossiers); dans 2 dossiers, c'est le protocole même qui a été mis en cause (c.-à-d. absence de mesure de vérification de l'implant, protocole inadéquat pour confirmer l'intervention prévue).

Oubli accidentel de matériel chirurgical

L'analyse des 11 dossiers portant sur l'oubli de corps étrangers a permis de cerner des lacunes dans les protocoles de décompte du matériel chirurgical : documentation insuffisante du décompte, décompte non répété à la fermeture de la plaie ou erreurs de décompte. Dans 3 dossiers, l'établissement hospitalier avait modifié ses protocoles en conséquence, en ajoutant les objets plus volumineux (p. ex., sacs de récupération des prélèvements) au matériel documenté et le décompte dans le cadre de la chirurgie laparoscopique et de la mise en place de stimulateurs cardiaques.

Autres points de la LVCS

Dans les 13 autres dossiers, les incidents chirurgicaux étaient le plus souvent dus à l'examen insuffisant de données clés par

les membres de l'équipe : dossier médical (examen de l'état de santé du patient et des résultats des examens préopératoires) ou fonctionnement de l'équipement. Des problèmes de communication entre les membres de l'équipe chirurgicale (p. ex., prélèvement non traité conformément aux instructions, information sur le patient non partagée de vive voix) ont également été relevés.

Les détails de tâches courantes comme les protocoles de décompte et le traitement des prélèvements ne figurent pas sur la LVCS. Les équipes chirurgicales doivent s'assurer qu'elles continuent d'effectuer ces tâches suivant les besoins du patient et le type d'intervention.

CONCLUSIONS

Les incidents chirurgicaux préjudiciables, notamment les interventions pratiquées sur le mauvais site et l'oubli de matériel chirurgical, se produisent encore au Canada. Le nombre de dossiers ouverts à l'ACPM est inférieur au nombre de cas réel.

Les facteurs liés au système mis en cause dans les dossiers de l'ACPM incluent des problèmes administratifs et des erreurs de planification survenus durant l'évaluation préopératoire, des failles dans les protocoles peropératoires et une documentation inadéquate. Les experts ont recommandé des mesures afin d'améliorer l'application des protocoles de sécurité chirurgicale, pour assurer l'exécution plus rigoureuse de tâches courantes telles que les mesures de vérification, l'entretien de l'équipement et le décompte du matériel chirurgical, ainsi que l'examen approprié des dossiers cliniques et l'amélioration de la communication durant les interventions.

Comme c'est le cas dans bien des secteurs d'activité à haut risque, la normalisation appropriée des pratiques chirurgicales aidera à réduire les incidents liés à la sécurité chirurgicale. En améliorant l'application des LVCS, on améliorera la communication au sein des équipes et la sécurité des systèmes de soins chirurgicaux. La LVCS représente une démarche de collaboration, et chaque membre de l'équipe doit y participer et en être responsable. La LVCS met l'accent sur la collaboration et la communication pour favoriser la confirmation ou la discussion de vive voix des points relatifs aux tâches courantes et nécessaires qui visent à éviter les incidents liés à la sécurité chirurgicale.

L'application efficace et l'amélioration continue d'une LVCS dépendent du soutien des chefs de file et des administrateurs. Les professionnels de la santé doivent participer à la formation des équipes et à la mesure de l'amélioration de la qualité.

La LVCS ne soustrait pas le chirurgien à ses obligations : bien connaître les antécédents cliniques de ses patients, la nature de l'intervention prévue, les mesures de préparation préopératoire, et l'évolution de la situation durant et après l'intervention. L'utilisation appropriée d'une LVCS peut aider les chirurgiens et les membres de l'équipe à mener à bien les tâches courantes nécessaires, à prévoir les éventuels problèmes et à s'y préparer, et à favoriser la communication dans l'équipe à toutes les étapes des soins chirurgicaux.

Tableau 1. Analyse des points de la LVCS, dossiers conclus de l'ACPM, incidents survenus entre 2011 et 2014 (n = 43)	
Tâche	Incident lié à la sécurité chirurgicale
Réunion préparatoire (avant l'induction de l'anesthésie) (23 dossiers)	
Confirmation de l'information sur le patient : identité, consentement éclairé, site opératoire, nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divergences entre le formulaire de consentement et l'annonce opératoire. ▪ Mauvais dossier-patient utilisé à la suite d'un changement dans l'annonce opératoire. Le patient a reçu le mauvais implant. ▪ Mauvaise intervention pratiquée par l'équipe chirurgicale, en raison d'instructions erronées sur la feuille sommaire d'hospitalisation, en dépit du fait que le nom du patient n'apparaissait pas dans l'annonce opératoire, qu'il n'y avait aucune documentation provenant du cabinet du chirurgien et que l'équipe n'avait pas accès aux dossiers médicaux électroniques. ▪ Absence, lors de l'intervention, des personnes ayant assisté à la réunion préparatoire. L'équipe a procédé à l'intervention sur le mauvais côté. ▪ LVCS en place, mais l'infirmière s'est trompée de ligne lors de la vérification à l'ordinateur de l'intervention à effectuer. Mauvaise intervention pratiquée.
Réexamen de la documentation clinique et confirmation de l'affichage des images diagnostiques essentielles ou des résultats des dernières analyses diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incohérence non relevée par le chirurgien dans le rapport du radiologiste; absence de vérification par le chirurgien des images de TDM; néphrectomie pratiquée du côté droit chez un patient ayant une tumeur au rein gauche. ▪ Présence de comorbidités graves ou divergence entre le consentement donné et le dossier clinique : non relevée étant donné que le dossier clinique du patient n'avait pas été vérifié. ▪ Consentement du patient à la mauvaise intervention le jour de son opération en raison du fait qu'une question orientée lui a été posée (c-à-d. « Vous allez subir une... ») au lieu d'une question directe (c-à-d. « Quelle sorte de chirurgie allez-vous subir? »), en l'absence de vérification de son dossier clinique. ▪ Analyses et examens d'imagerie essentiels incomplets, ou résultats non disponibles (p. ex., mesure de la glycémie, radiographie des poumons). ▪ Intervention pratiquée avant réception du rapport de pathologie qui aurait permis de l'éviter.
Évaluation des facteurs de risque chez le patient, dont les allergies et les exigences de prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration d'un antibiotique en dépit d'une allergie documentée. ▪ Absence d'antibiothérapie préopératoire.
Vérification de la perméabilité des voies aériennes et examen des facteurs de risque particuliers du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de vérification de la perméabilité des voies aériennes avant l'anesthésie générale. ▪ Absence de vérification de la perméabilité de l'accès intraveineux ou de la préférence du patient en matière d'anesthésie. ▪ Absence de mesure de la glycémie en période pré- et postopératoire chez un patient atteint de diabète mal contrôlé.
Confirmation de la stérilité du matériel et du bon fonctionnement de l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation d'un greffon orthopédique périmé. ▪ Utilisation d'un amplificateur de brillance (arceau semi-circulaire) et d'une table d'opération non fonctionnels.
Temps d'arrêt préopératoire (avant l'incision de la peau) (7 dossiers)	
Confirmation de l'information sur le patient : identité, site opératoire et nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation du site de l'intervention sur le mauvais côté malgré un marquage adéquat; temps d'arrêt pris tardivement, après l'insertion du laparoscope. ▪ Site de l'intervention marqué correctement, mais recouvert par les champs opératoires et non confirmé par l'équipe.
Détermination du positionnement optimal du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient couché du mauvais côté; site de l'intervention non vérifié par le chirurgien lors du temps d'arrêt; intervention pratiquée du mauvais côté. ▪ Site de l'intervention bien marqué et temps d'arrêt bien pris, mais les membres de l'équipe ont préparé le mauvais côté et posé le garrot du mauvais côté. ▪ Site de l'intervention bien marqué, mais après l'induction de l'anesthésie, le patient a été retourné et l'intervention a été pratiquée du mauvais côté; images diagnostiques non réalisées en décubitus ventral et non inversées conformément à la pratique établie.

Tableau 1. Analyse des points de la LVCS, dossiers conclus de l'ACPM, incidents survenus entre 2011 et 2014 (n = 43)	
Tâche	Incident lié à la sécurité chirurgicale
Compte rendu postopératoire (avant que le patient quitte la salle d'opération) (13 dossiers)	
Décompte du matériel chirurgical	<p>Oubli d'un corps étranger, pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décompte non documenté ▪ Deuxième décompte (de vérification) non effectué avant la fermeture de la plaie ▪ Erreur de décompte aggravée par la vérification insuffisante de la cavité avant la fermeture de la plaie ▪ Décompte non exigé par l'établissement dans les cas de chirurgie laparoscopique ou d'interventions mineures ▪ Sacs de récupération des prélèvements non incluses dans le décompte ▪ Radiographies non demandées, en dépit du fait qu'il manquait du matériel ou que l'intervention avait été compliquée et très longue
Étiquetage et traitement des prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prélèvements non expédiés au laboratoire de microbiologie comme prévu; culture non réalisée parce que le prélèvement avait été placé dans du formol. ▪ Volet osseux inutilisable parce que non conservé conformément au protocole.
Note : En général, un même incident est dû à plusieurs facteurs contributifs.	

Références

1. Haynes AB, 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.
2. Van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EE et al. Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study. *Ann Surg.* 2012;255:44-9.
3. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK et al. Effect of World Health Organization WHO checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2015;261:821-8.
4. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med.* 2014;370:1029-38.
5. O'Leary JD, Wijeyesundera DN, Crawford MW. Effect of surgical safety checklists on pediatric surgical complications in Ontario. *CMAJ*; 2016 [cité le 12 avril 2016]. En ligne : <http://www.cmaj.ca/content/early/2016/03/14/cmaj.151333.long>
6. Leape LL. The Checklist Conundrum. *N Engl J Med.* 2014(370):1063-1064.
7. Haynes AB, Berry WR, Gawande AA. What do we know about the safe surgery checklist now? *Ann Surg.* 2015;261:829-30.
8. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England, Lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". 2015; (261) 81-91.
9. Gillespie BM, Withers, TK, Lafin J et al. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient Safety in Surgery.* 2016;(10).

Avis de non-responsabilité

Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de pratique » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède ainsi qu'aux conditions énoncées dans le Contrat d'utilisation de l'ACPM, qui peut être consulté à l'adresse suivante : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/terms-of-use>