



PRENONS UNE PAUSE

Isabelle Caron, R2 anesthésiologie

OBJECTIFS

Expert médical: améliorer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients par l'implantation d'un temps d'arrêt avant la chirurgie

Collaborateur: collaborer avec les collègues médecins et les autres professionnels de la santé afin de prévenir les malentendus, gérer les divergences et résoudre les conflits

Leader: contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein des équipes, des établissements et des systèmes

Promoteur de la santé: répondre aux besoins de santé individuels complexes des patients en représentant leurs intérêts avec eux au sein ou hors du milieu clinique

Professionnel: démontrer un engagement envers les patients par l'application de pratiques exemplaires et le respect de normes éthiques élevées

PLAN

1. Introduction
2. Les erreurs médicales et la situation actuelle
3. Différentes listes de contrôle de la sécurité chirurgicale
4. Effets sur la morbidité et la mortalité
5. Délai opératoire
6. Coûts liés à l'implantation
7. Effets bénéfiques et dommages potentiels
8. Stratégies d'implantation
9. Lignes directrices de la société canadienne d'anesthésiologie
10. Conclusion

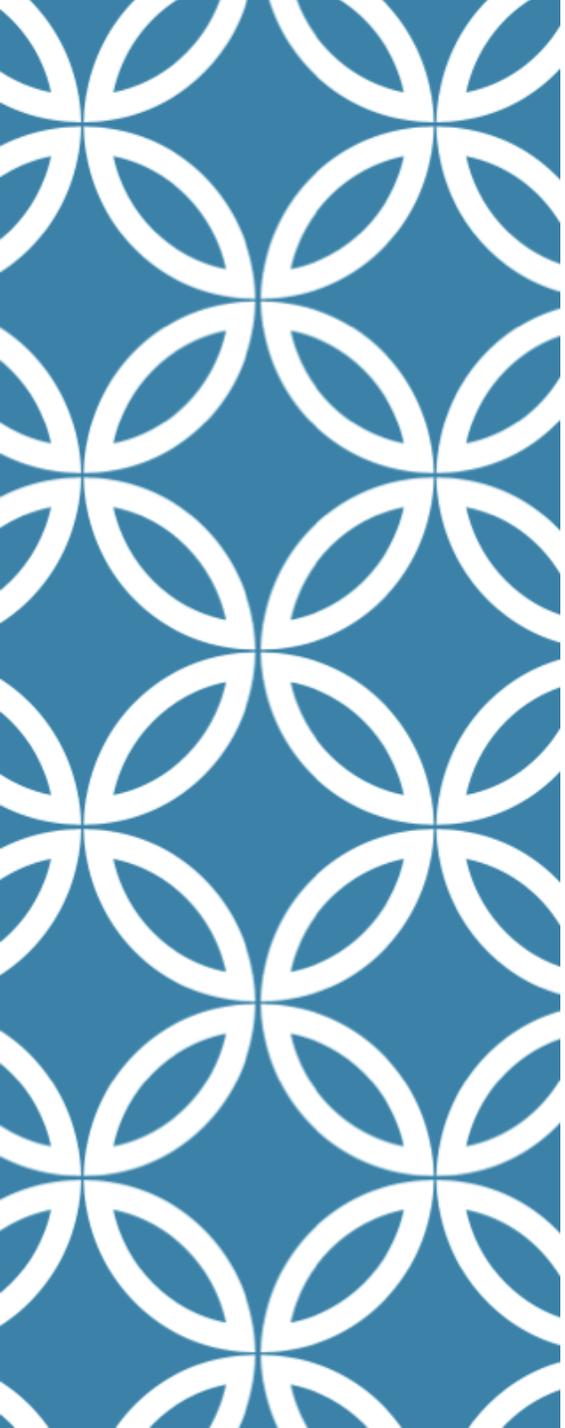
SONDAGE

À quelle fréquence utilisez-vous la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (time out)?

- a) Tout le temps (je crois que c'est utile pour mon patient)
- b) Tout le temps (j'y suis obligé, car c'est la politique de l'hôpital)
- c) Parfois (lorsque j'y pense)
- d) Rarement ou jamais (je trouve que c'est une perte de temps)
- e) La liste de quoi...?

SONDAGE

Avez-vous déjà commis une erreur évitable en lien avec un bris de communication ou une faute de préparation?



LES ERREURS MÉDICALES ET LA SITUATION ACTUELLE

TO ERR IS HUMAN

- 1999 États-Unis
- 3-4% des patients hospitalisés subissent une erreur médicale → **>50% évitables**
- 44 000 – 98 000 patients décèdent d'erreurs médicales évitables
- Coûts \$17-29 milliards US par année
- Erreurs plus susceptibles d'arriver en SOP, USI, salle d'urgence

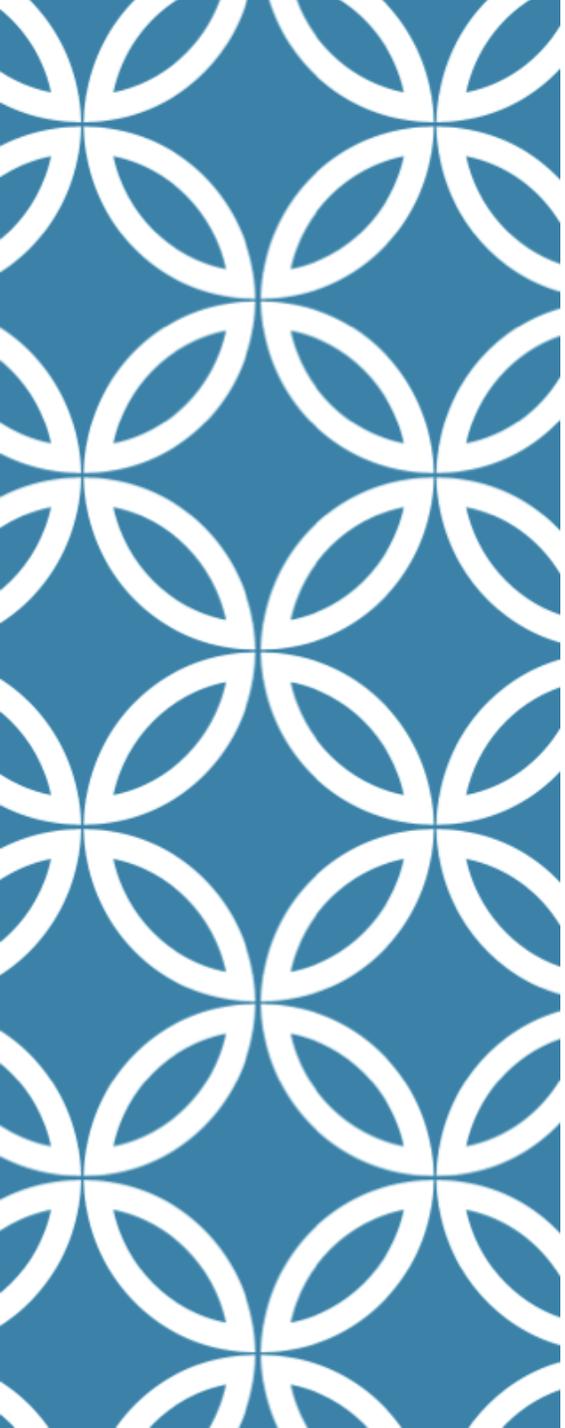
AU CANADA

- 2004 : 7,5% des patients hospitalisés subissent un événement indésirable, **37% évitables**
- 2012 : étude patients pédiatriques hospitalisés
 - 9,2% subissent un événement indésirable
 - **44,7% évitables**
 - **1 mauvais patient/chirurgie/site**

MESURE DES PRÉJUDICES SUBIS PAR LES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX CANADIENS (2014-2015)

Tableau 2 Taux d'événements préjudiciables par profil de patients

Profil de patients	Proportions de tous les patients admis	Taux de préjudices
Soins chirurgicaux*	19,8 %	7,6
Soins médicaux	56,6 %	6,2
Soins obstétricaux	11,7 %	4,2
Nouveau-nés	11,9 %	1,0



LISTES DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ CHIRURGICALE

ORIGINE DU TEMPS D'ARRÊT

- 2003
 - « The Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Person Surgery » (Joint Commission)
- 2004
 - Programme pour la sécurité des patients (OMS)
- 2008
 - 2^e Défi de l'OMS « une chirurgie plus sûre pour sauver des vies »
 - Création de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale
- 2009
 - SURgical PATient Safety System (SURPASS) par le centre médical d'Amsterdam

PROTOCOLE UNIVERSEL (2003)

- Avant la chirurgie:
 - Procédure, patient, site chirurgical
 - Items nécessaires à la chirurgie
- Marquage le site chirurgical
- Temps d'arrêt immédiatement avant de débiter:
 - Identité
 - Chirurgie et site chirurgical
 - Disponibilité de l'équipement nécessaire à la procédure

Conduct a pre-procedure verification process

Address missing information or discrepancies before starting the procedure.

- Verify the correct procedure, for the correct patient, at the correct site.
- When possible, involve the patient in the verification process.
- Identify the items that must be available for the procedure.
- Use a standardized list to verify the availability of items for the procedure. (It is not necessary to document that the list was used for each patient.) At a minimum, these items include:
 - relevant documentation
Examples: history and physical, signed consent form, preanesthesia assessment
 - labeled diagnostic and radiology test results that are properly displayed
Examples: radiology images and scans, pathology reports, biopsy reports
 - any required blood products, implants, devices, special equipment
- Match the items that are to be available in the procedure area to the patient.

Perform a time-out

The procedure is not started until all questions or concerns are resolved.

- Conduct a time-out immediately before starting the invasive procedure or making the incision.
- A designated member of the team starts the time-out.
- The time-out is standardized.
- The time-out involves the immediate members of the procedure team: the individual performing the procedure, anesthesia providers, circulating nurse, operating room technician, and other active participants who will be participating in the procedure from the beginning.
- All relevant members of the procedure team actively communicate during the time-out.
- During the time-out, the team members agree, at a minimum, on the following:
 - correct patient identity
 - correct site
 - procedure to be done
- When the same patient has two or more procedures: If the person performing the procedure changes, another time-out needs to be performed before starting each procedure.
- Document the completion of the time-out. The organization determines the amount and type of documentation.

Mark the procedure site

At a minimum, mark the site when there is more than one possible location for the procedure and when performing the procedure in a different location could harm the patient.

- For spinal procedures: Mark the general spinal region on the skin. Special intraoperative imaging techniques may be used to locate and mark the exact vertebral level.
- Mark the site before the procedure is performed.
- If possible, involve the patient in the site marking process.
- The site is marked by a licensed independent practitioner who is ultimately accountable for the procedure and will be present when the procedure is performed.
- In limited circumstances, site marking may be delegated to some medical residents, physician assistants (P.A.), or advanced practice registered nurses (A.P.R.N.).
- Ultimately, the licensed independent practitioner is accountable for the procedure – even when delegating site marking.
- The mark is unambiguous and is used consistently throughout the organization.
- The mark is made at or near the procedure site.
- The mark is sufficiently permanent to be visible after skin preparation and draping.
- Adhesive markers are not the sole means of marking the site.
- For patients who refuse site marking or when it is technically or anatomically impossible or impractical to mark the site (see examples below): Use your organization's written, alternative process to ensure that the correct site is operated on. Examples of situations that involve alternative processes:
 - mucosal surfaces or perineum
 - minimal access procedures treating a lateralized internal organ, whether percutaneous or through a natural orifice
 - teeth
 - premature infants, for whom the mark may cause a permanent tattoo

UNE CHIRURGIE PLUS SÛRE POUR ÉPARGNER DES VIES (OMS 2008)

- Complication majeure 3-16%
- Mortalité/invalidité permanente 0,4-0,8%
- 4 catégories d'amélioration de la sécurité:
 - Infection du site chirurgical
 - Anesthésie sécuritaire
 - Équipes chirurgicales sécuritaires
 - Mesure et monitoring des services chirurgicaux
- Création de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

Avant induction de l'anesthésie

(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?

- Oui

Le site de l'intervention est-il marqué ?

- Oui
 Sans objet

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

- Oui

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

- Oui

Le patient présente-t-il :

une allergie connue ?

- Non
 Oui

un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?

- Non
 Oui, et équipement/assistance disponibles

un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?

- Non
 Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus

Avant incision de la peau

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)

Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

- Oui
 Sans objet

Anticipation d'évènements critiques

Pour le chirurgien :

- Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
 Quelle sera la durée de l'intervention ?
 Quelle est la perte sanguine anticipée ?

Pour l'anesthésiste :

- Le patient présente-t-il un problème particulier ?

Pour l'équipe infirmière :

- La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?
 Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

- Oui
 Sans objet

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération

(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

L'infirmier(ère) confirme oralement :

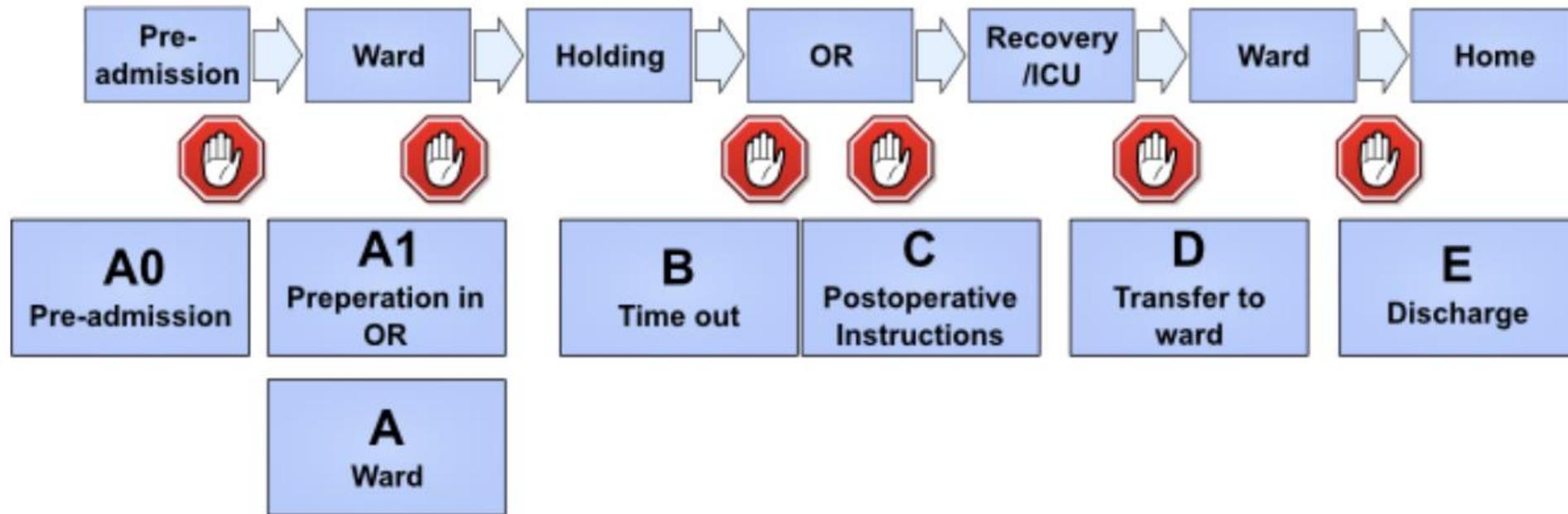
- Le type d'intervention
 Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
 Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
 S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)

- Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

SURGICAL PATIENT SAFETY SYSTEM (SURPASS) CHECKLIST (2009)

- 11 sections
- Préopératoire au congé du patient
- 90 items





EFFETS SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

- 8 hôpitaux à travers le monde, chirurgie non cardiaque
- 3733 patients pré implantation, 3955 patients post implantation
- ↓ mortalité **47%**
- ↓ complications majeures **36%**
- ↓ infection du site opératoire **45%**
- ↓ retour non planifié en salle d'opération **25%**

Location

Amman, Jordan

New Delhi, India

Seattle, Washington

Ifakara, Tanzania

Manila, Philippines

Toronto, Canada

London, England

Auckland, New Zealand

Effect of A 19-Item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in A Global Patient Population

- 8 hôpitaux faisant partie de l'étude initiale de l'OMS
- Chirurgies urgentes (<24h)
- 842 patients pré implantation, 908 patients post implantation
- ↓ complications post-opératoire **36%**
- ↓ taux de mortalité **62%**
- ↓ taux d'infection plaie **41%**
- ↓ perte sanguines >500ml **35%**

Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes

- Liste de contrôle SURPASS, prospectif avec hôpitaux contrôles
- 3760 patients pré implantation, 3820 patients post implantation
- ↓ des complications **39%**
- Si liste complétée >80%, ↓ complications **62%**
- ↓ patients >1 complication **31%**
- ↓ mortalité à l'hôpital **47%**
- ↓ invalidité temporaire **2,7%**
- ↓ 2^e intervention chirurgicale **1,1%**

Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada

- 101 hôpitaux en Ontario, compliance rapportée 99-100%
- Mortalité **idem**
- Complications **idem**
- Réadmission et visites à l'urgence **idem**
- ↓ durée de séjour 5,11 vs 5,07
- ↓ retour non planifié en SOP 8%
- ↑ thrombophlébites profondes 133%
- ↑ ventilation post-opératoire 50%

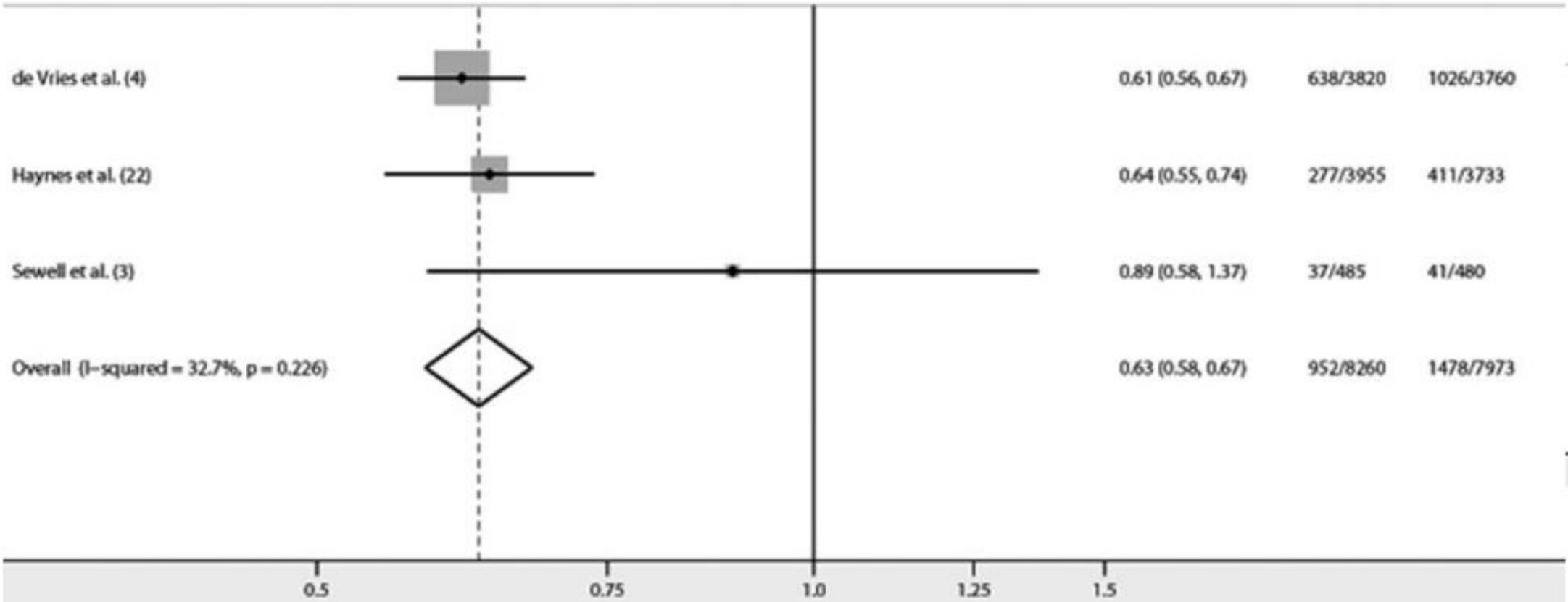
Complications

Study

RR (95% CI)

Checklist

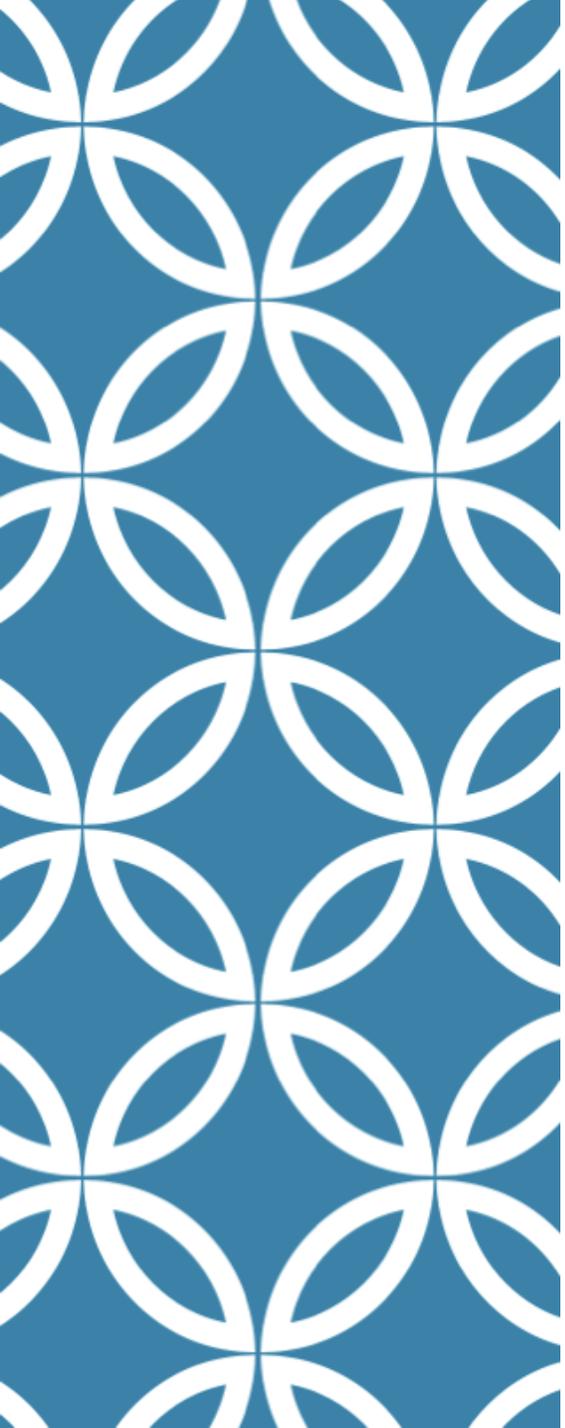
No checklist



Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery

A Systematic Review and Meta-analysis

- Méta-analyse de 7 études observationnelles
- ↓ complications majeures RRA 3,7% **NNT 27**
- ↓ non significative mortalité RRA 0,44%, NNT 229
- ↓ infection site chirurgical RRA 2,9%, **NNT 34**
- ↓ perte de sang >500ml que prévu RRA 3,8%, **NNT 33**
- Pneumonie aucune différence
- Retour non planifié en SOP aucune différence



DÉLAI OPÉRATOIRE

DÉLAI OPÉRATOIRE

ARCHIVES OF SURGERY

Impact of Preoperative Briefings on Operating Room Delays

- Évaluation pré et post implantation
- Évaluation par 2 questions (échelle de 1 à 5):
 - Il y a eu un délai non attendu lié au cas
 - 36% → 25% d'accord ($p < 0,04$)
 - ↓ **38** à **7**% chez les chirurgiens ($p < 0,001$)
 - Il y a eu un échec de communication entraînant un délai dans le début de chirurgie
 - 80% → 65% d'accord ($p < 0,006$)



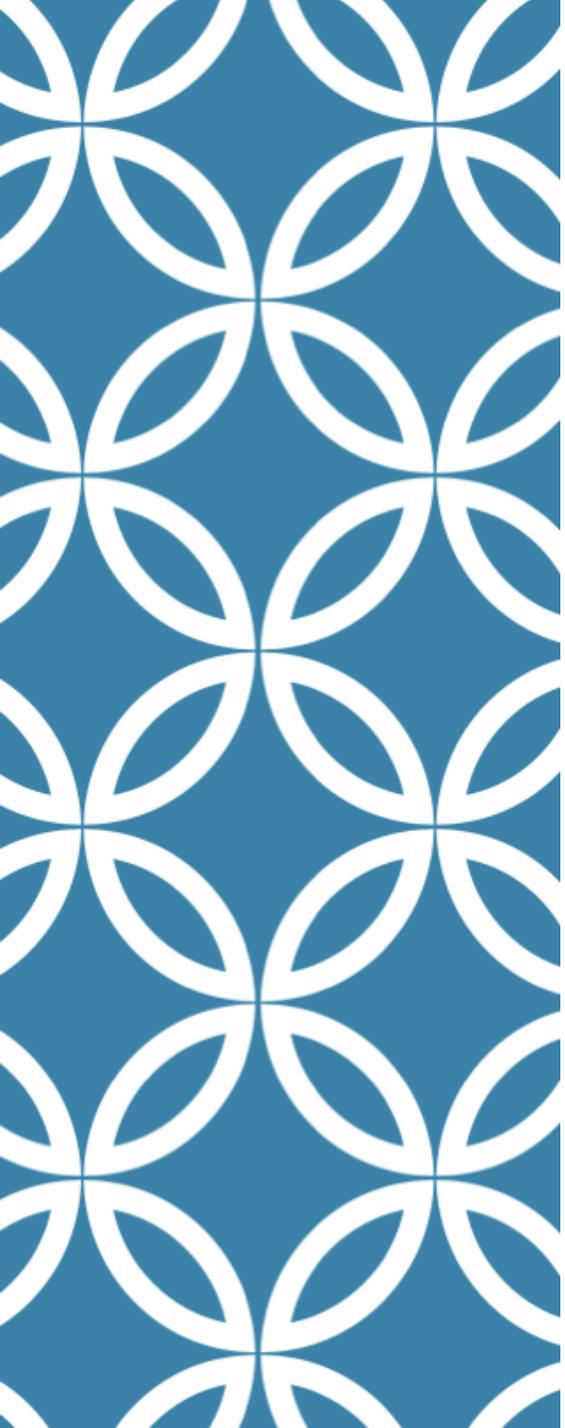
COÛTS LIÉS À L'IMPLANTATION

COÛTS

HealthAffairs

Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals

- Coût d'une complication chirurgicale majeure: 13 372\$ US
- Évaluation du coût sur 1 an
- Coût d'implantation: 12 635\$ US
- Coût d'utilisation individuel: 11\$
- 8 652\$ US d'économie par complication majeure évitée
- Prévention d'au moins 5 complications majeures



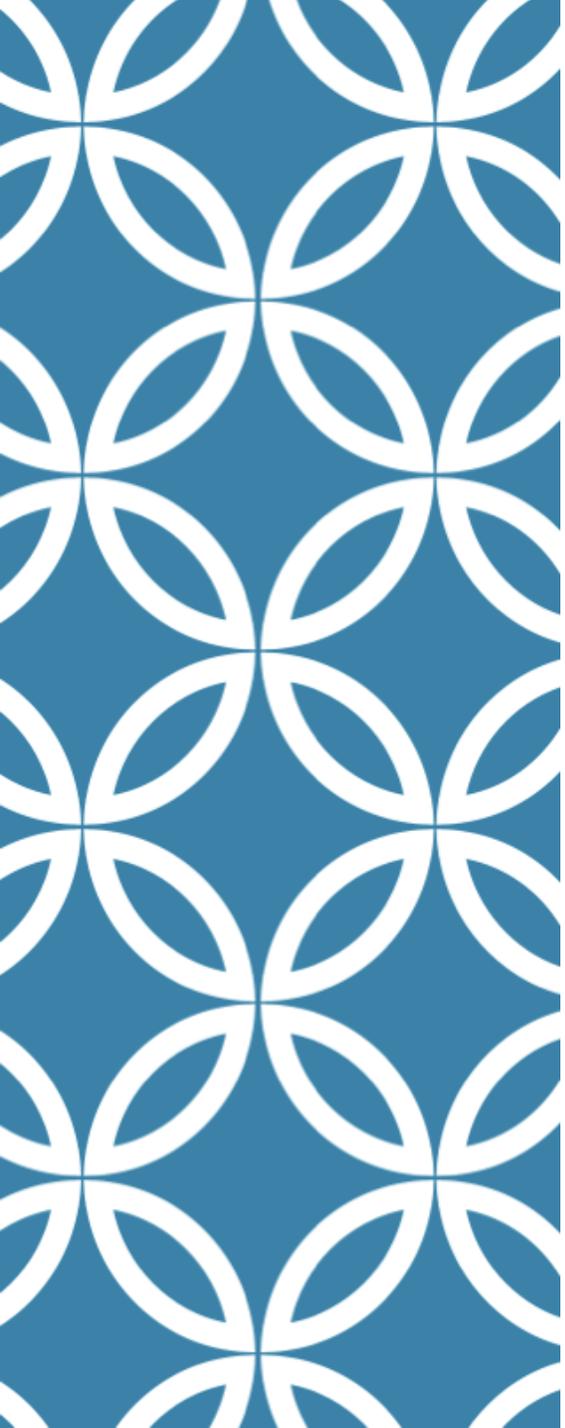
EFFETS BÉNÉFIQUES ET DOMMAGES POTENTIELS

EFFETS BÉNÉFIQUES

- Assure que les tâches critiques soient accomplies
- Encourage une approche d'équipe non basée sur la hiérarchie
- Permet de déceler précocement les échappé belle (*near miss*)
- Améliore la communication et la collaboration
- Anticipe les complications potentielles

DOMMAGES POTENTIELS

- ↓ efficacité de la SOP
- Entraîne de l'anxiété non nécessaire chez le patient
- Peut être difficile à implanter/ralentir la SOP quand cas urgent
- Introduction d'une liste de contrôle sans monitoring de la compliance peut entraîner une ↓ des mesures de sécurité déjà en place
- Peut interrompre des tâches déjà en cours et affecter les performances



STRATÉGIES D'IMPLANTATION

IMPLANTATION

A Systematic Review and Critical Appraisal of Compliance, Checklists
Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation



IMPLANTATION – QUOI FAIRE...

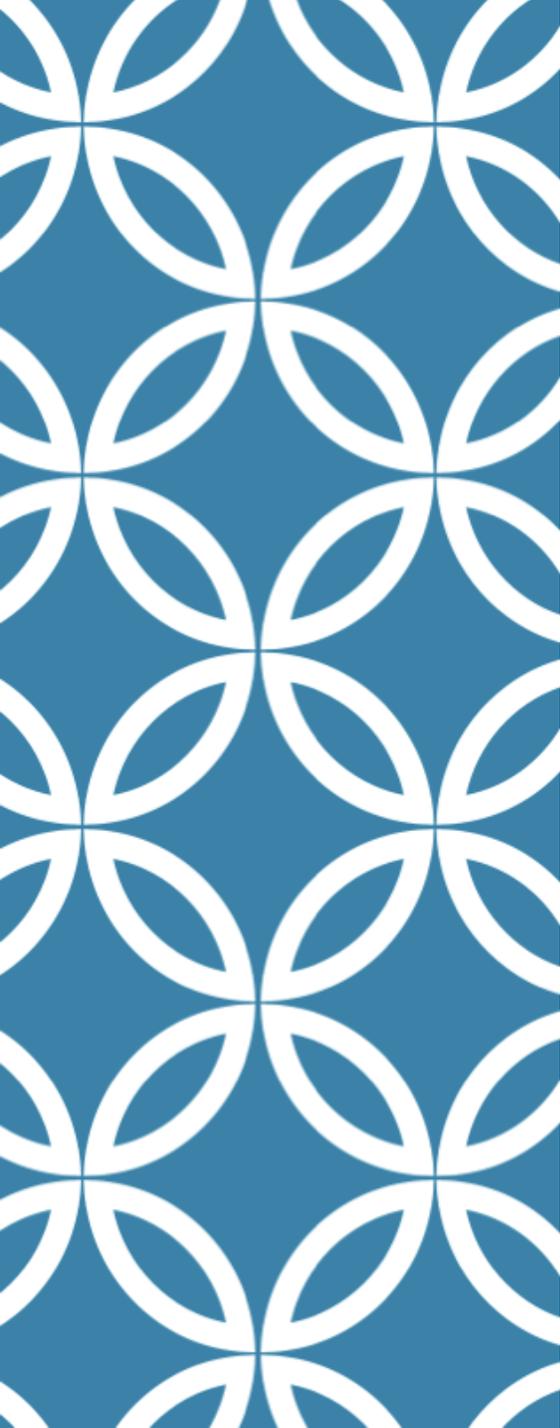
- Équipe multidisciplinaire avec rencontres fréquentes
- Explication du but
- Support/formation
- Leader
- Rétroaction
- Utilisation par des patrons d'anesthésiologie et de chirurgie
- Adaptation de la liste de contrôle

IMPLANTATION — ET NE PAS FAIRE

- Implantation non planifiée/imposée
- Liste exhaustive et répétitive
- Liste non adaptée
- Points mal formulés
- Réticences/résistance du personnel

LISTE DE CONTRÔLE - COMMENT FAIRE?

- Qui?
 - Personnel dans la salle
 - Chirurgien, anesthésiologiste, personnel infirmier
- Comment?
 - Lire à voix haute
 - Ne pas se fier à sa mémoire
 - Avoir de l'assurance et du leadership
- Quand?
 - Avant l'anesthésie générale/régionale
 - Lors de la pose des champs opératoires



**LIGNES DIRECTRICES DE LA SOCIÉTÉ
CANADIENNE D'ANESTHÉSIOLOGIE**

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES

Les médecins qui obtiennent le privilège d'exercer l'anesthésie devraient posséder les connaissances ainsi que les habiletés techniques et non techniques indispensables à la pratique de l'anesthésie

Ces connaissances et ces compétences techniques comprennent la capacité de :

- Le travail en équipe [...] **respect de la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'Organisation mondiale de la santé**

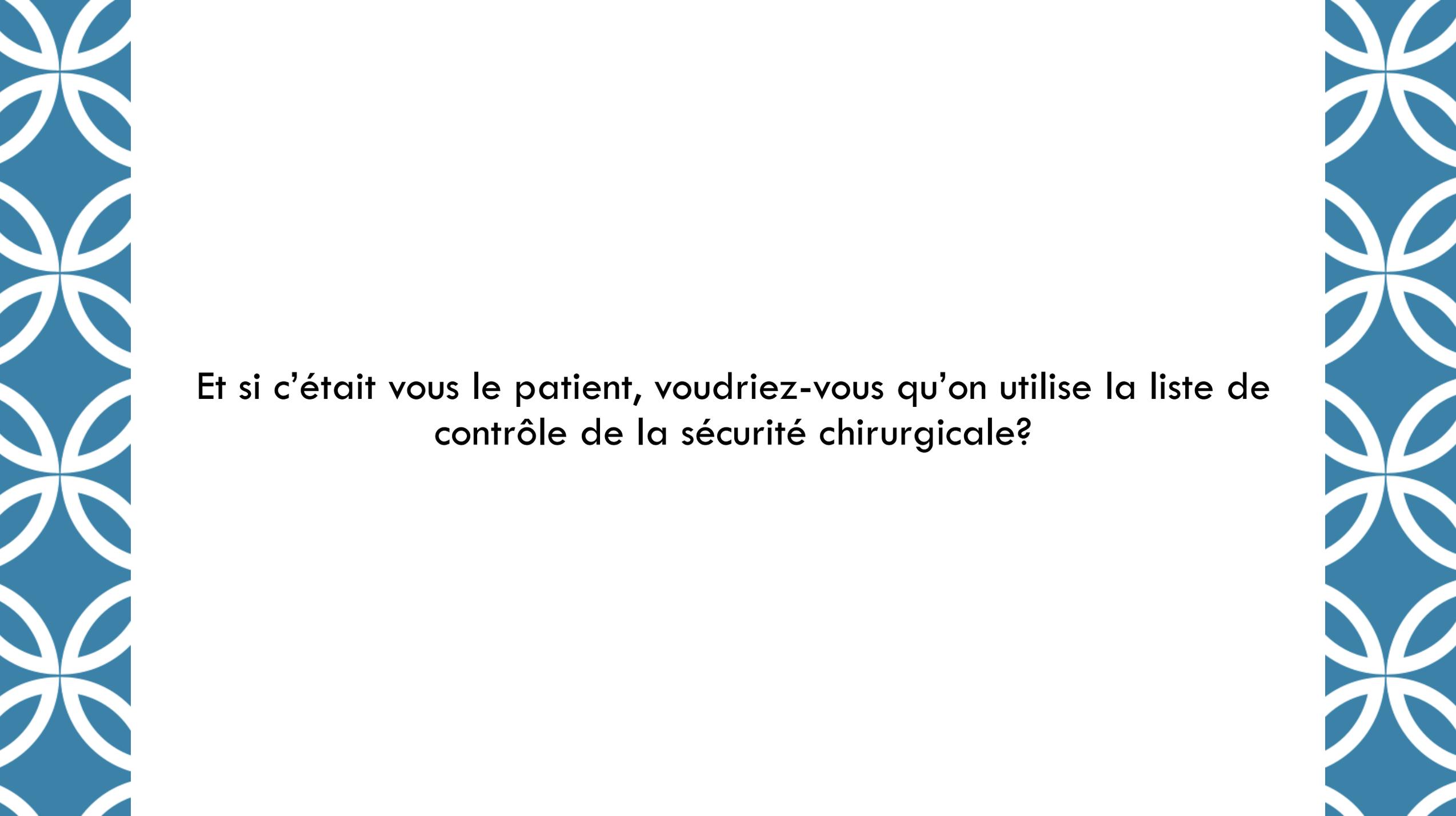
JOINT POSITION STATEMENT

Advocacy and support for use of a Surgical Safety Checklist

Joint Position: Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Alberta Health Services (AHS),
Canadian Anesthesiologists' Society (CAS), Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC)

CONCLUSION

- Plusieurs erreurs médicales sont commises chaque année dont plus de la moitié sont évitables
- La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale réduit les complications chirurgicales et les coûts hospitaliers et pourrait réduire la mortalité
- La liste de contrôle n'entraîne pas de délai dans le programme opératoire
- Il est nécessaire de s'impliquer dans l'application et l'implantation de la liste de contrôle et d'y adhérer dans son entièreté afin d'avoir un impact positif sur les patients



Et si c'était vous le patient, voudriez-vous qu'on utilise la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale?

QUESTIONS?



RÉFÉRENCES

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. To err is human: building a safer health care system. 1999. Available at: <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

Matlow AG, Ross Baker G, Flintoft V, et al. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Pediatric Adverse Events Study. CMAJ 2012. DOI:10.1503/cmaj.112153

Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*. Section « Que peut-on faire pour améliorer la sécurité des patients? » par Chan B, Cochrane D. Ottawa, ON: ICIS; 2016

Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. Available at: www.jcaho.org/accreditedorganization/patientsafety/universalprotocol/universalprotocol.pdf

Organisation mondiale de la santé. Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, disponible au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44232/1/9789242598599_fre_checklist.pdf

World Alliance for Patient Safety. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization; 2008

AMC and Middletree. SURPASS Checklist 2011. Available at: <http://www.surpass-checklist.nl/content.jsf?pagelId=SURPASS+checklist&lang=en>

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. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMsa0810119>

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;251:976–980

de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med 2010;363:1928–37.

Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. N Engl J Med 2014;370:1029–38

RÉFÉRENCES

Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P: A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg* 2012; 256:925–33

Gillepsie BD, Chaboyer W, Thalib L, et al. Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery, a Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology* 2014; 120:1380-9

Nundy S, Mukherjee A, Sexton B, et al. Impact of Preoperative Briefings on Operating Room Delays, a Preliminary Report. *Arch Surg*. 2008;143(11):1068-1072

Semel ME, Resch S, Haynes AB, et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1593–1599

Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, et al. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. 2011;212:873–879

Putnam LR, Levy SM, Sajid M, et al. Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. *Surgery* 2014;156:336-44

Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, et al. A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementaiton of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England. *Ann Surg* 2015;261:81-91

Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P: A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg* 2012; 256:925–33

Treadwell J, Lucas S, Tsou A: Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2014; 23:299–318

Dobson G et al. Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2018. *J Can Anesth* (2018) 65:76-104

Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada

Procedure status		
Elective	97,040 (88.7)	93,699 (88.1)
Emergency	12,301 (11.3)	12,671 (11.9)
Admission category		
Ambulatory	66,660 (61.0)	64,718 (60.8)
Inpatient	42,681 (39.0)	41,652 (39.2)
Procedure type†		
Eye	21,578 (19.7)	21,471 (20.2)
Orocraniofacial	9,663 (8.8)	9,582 (9.0)
Digestive	12,867 (11.8)	13,206 (12.4)
Genitourinary	17,785 (16.3)	16,340 (15.4)
Musculoskeletal	31,381 (28.7)	30,554 (28.7)
Other	9,855 (9.0)	9,410 (8.8)