

Anil Kapoor, MD, FRCSC;*
D. Robert Siemens, MD,
FRCSC†

*Associate Editor, CUAJ;
Professor of Surgery
(Urology), McMaster
University, Hamilton, ON
†Editor-in-Chief, CUAJ;
Department of Urology,
Queen's University,
Kingston, ON

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2014;8(3-4):e221-2.
<http://dx.doi.org/10.5489/auaj.2084>
Published online April 14, 2014.

L'AUC a pour mandat de promouvoir les plus hautes normes dans les soins urologiques pour les Canadiens et de faire avancer l'art et la science de l'urologie.

L'intervention chirurgicale est sur le point de commencer. Vous êtes occupé à consulter les radiographies du patient et à déterminer le mode opératoire et les voies d'abord : rein gauche, deux artères rénales, une veine rénale, une masse rénale de 8 cm (vous voulez essayer d'épargner la glande surrénale) ; vous croyez être en mesure de terminer l'opération par laparoscopie. Alors que vous discutez des voies d'abord avec vos assistants et que l'équipe d'instrumentistes installe l'équipement, vous entendez une voix vous demander timidement : « Qu'en-est-il de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ? »

L'infirmière en service externe est prête à documenter l'heure à laquelle la liste a été vérifiée, alors vous survolez machinalement les questions pendant que l'anesthésiste se met à l'œuvre. Vous grommelez à votre équipe chirurgicale que les choses ont toujours fonctionné rondement pendant des années avant que la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ne vous soit imposée par l'hôpital. Vous n'avez jamais commis d'erreur chirurgicale. Vous êtes un chirurgien très consciencieux, qui réfléchit aux voies d'abord et aux complications possibles plusieurs semaines avant ces quelques minutes « simulées » qui précèdent le début de l'intervention.

Ce scénario trouve-t-il une certaine résonance en vous, chirurgiens qui lisez le JAUC ? Peut-être cela vous fait-il penser à certains collègues sceptiques, qui continuent à déplorer la mise en œuvre obligatoire de la liste de contrôle. Vous avez possiblement aussi entendu quelques « Je vous l'avais bien dit » quand le plus récent article de D. A. Urbach et collègues¹ a conclu que la mise en œuvre généralisée de la liste de contrôle en Ontario n'avait eu aucun effet sur les principaux résultats. Si votre hôpital n'a pas encore rendu obligatoire la liste de contrôle de la sécurité, peut-être pouvez-vous imaginer certains collègues s'appuyer sur ce rapport afin de faire réévaluer son adoption à l'échelle locale.

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale a été élaborée dans la foulée de la campagne « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies », lancée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2008. Cette initiative aborde le problème de santé publique mondial que représentent les préjudices évitables survenant lors d'interventions chirurgicales. Son objectif consiste à fournir à l'équipe du bloc opératoire une compréhension commune de l'opération à venir, ainsi qu'à assurer le bon déroulement des interventions fondées sur des données probantes (la prophylaxie antibiotique et la prophylaxie de la thrombose veineuse profonde). Le groupe d'étude de l'OMS a publié en 2009² son ouvrage précurseur, qui signale une baisse considérable des taux de mortalité périopératoire (de 1,5 % à 0,8 %) et des taux de complications à l'hôpital (de 11 % à 7,0 %) grâce à l'adoption des listes de contrôle. Peu de temps après la publication de cet article, de nombreux hôpitaux ont rapidement mis en place des listes de contrôle de sécurité. Celles-ci sont devenues obligatoires dans plusieurs provinces, par exemple en Ontario, en 2010. Étonnamment, l'adoption d'une politique régissant la mise en œuvre des listes de contrôle a soulevé une bonne dose de scepticisme. On a notamment invoqué la présence de plusieurs obstacles à une adoption fructueuse, l'insuffisance de preuves de l'efficacité de ces listes et le manque de compréhension des avantages signalés. À notre avis, cette réticence rappelle étrangement celle qu'a rencontrée Ignaz Semmelweis, il y a plus d'un siècle et demi, quand il a insisté pour que les médecins se lavent les mains dans les services d'obstétrique afin de limiter la propagation de la fièvre puerpérale³.

La publication initiale de l'OMS a été suivie de plusieurs autres études d'observation portant sur les effets de la liste de contrôle de la sécurité. Ces études ont démontré des résultats mitigés. Plusieurs d'entre elles ont souligné la nécessité de promouvoir

une culture de la sécurité fondée sur une saine dynamique d'équipe et sur la communication – ce qui implique beaucoup plus que de cocher une case. Le plus récent article du *New England Journal of Medicine* sur l'expérience en Ontario suggère que la mise en œuvre obligatoire à l'échelle provinciale dans près de 100 hôpitaux ne s'est pas traduite par une réduction sensible des taux de mortalité opératoire ou des taux de complications chirurgicales. Les critiques à l'égard de ces conclusions ont fusé. L'utilisation de données administratives sur la santé pour rendre compte des complications chirurgicales est insensée et sujette à des erreurs de classification. Malgré le nombre élevé de chirurgies pratiquées sur les patients de cohortes avant-après, tout indique qu'une période de trois mois était insuffisante pour démontrer l'efficacité de la liste de contrôle dans les hôpitaux de l'Ontario, dont plusieurs avaient probablement instauré d'autres mesures de sécurité chirurgicale. En effet, les bénéfices relevés dans l'étude initiale de l'OMS ont été observés en grande partie dans les centres hospitaliers de pays défavorisés, où les marges d'amélioration étaient sans doute supérieures. En dépit de l'absence d'une incidence statistiquement significative sur le risque ajusté de décès dans les 30 jours (0,71 % avant la mise en œuvre et 0,65 % après celle-ci, $p = 0,07$), on a signalé une réduction importante de la durée de séjour et du nombre de retours non planifiés à la salle d'opération (de 1,94 % à 1,78 %).

Nonobstant les critiques, la vérité est que cette étude n'a pu cerner une réduction draconienne des préjudices en Ontario après la mise en œuvre obligatoire de la liste de

contrôle de la sécurité. Pour expliquer cette lacune apparente sur le plan de l'efficacité, on a notamment évoqué l'absence d'un engagement sérieux du médecin envers le processus – une conclusion fort préoccupante. La liste de contrôle de l'OMS devait être remplie en trois temps : 1) avant l'induction de l'anesthésie ; 2) immédiatement avant l'incision de la peau ; 3) avant que le patient ne quitte la salle d'opération. Les éléments figurant sur la liste de contrôle sont censés être confirmés à voix haute avec le patient et avec d'autres membres de l'équipe afin de normaliser la communication d'équipe et de limiter la prise de décision hiérarchique. Bien que les hôpitaux ontariens aient fait état d'un taux de conformité à la liste de contrôle de 98 % dans les 3 mois qui ont suivi sa mise en œuvre, il est fort probable que le taux de pénétration de la culture de sécurité incarnée par la liste de contrôle n'était pas optimal – et ne l'est toujours pas. En tant que chirurgiens, nous devons jouer un rôle plus proactif et faire preuve de leadership dans la salle d'opération en accueillant favorablement ces initiatives de sécurité centrées sur le patient. Nous devons faire mieux. Faisons honneur à Semmelweis.

Références

1. Urbach DA, Govindarajan A, Saskin R, et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* 2014;370:1029-38. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs1308261>
2. 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://dx.doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
3. Newsom SW. Pioneers in infection control. Ignaz Philipp Semmelweis. *J Hosp Infect* 1993;23:175-87. [http://dx.doi.org/10.1016/0195-6701\(93\)90023-5](http://dx.doi.org/10.1016/0195-6701(93)90023-5)