

**Choisir
avec soin**



LE PRÉOP, PAS TOUJOURS NÉCESSAIRE!

**Outil pour réduire les visites et les examens
inutiles à la clinique préopératoire**

Éviter de demander des tests prétransfusionnels inutiles (groupe sanguin et recherche d'anticorps) pour tous les patients en chirurgie.

La Société canadienne de médecine transfusionnelle,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.7.

Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée comme moyen d'évaluation préopératoire chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.

La Société canadienne de cardiologie,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.3.

Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

La Société canadienne des anesthésiologistes,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.1.

Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

La Société canadienne des anesthésiologistes,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.2.

Ne demandez pas une radiographie pulmonaire de référence chez les patients asymptomatiques, sauf dans le cadre d'une évaluation chirurgicale ou oncologique.

La Société canadienne des anesthésiologistes,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.3.

N'effectuez pas d'échocardiographie au repos dans le cadre d'une évaluation préopératoire pour les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

La Société canadienne des anesthésiologistes,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.4.

N'effectuez pas d'épreuve cardiaque d'effort chez les patients asymptomatiques qui doivent subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

La Société canadienne des anesthésiologistes,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.5.

Évitez les radiographies pulmonaires à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale chez les patients ambulatoires qui ont des antécédents sans histoire et qui ont subi un examen médical.

L'Association canadienne des chirurgiens généraux,
Recommandation de Choisir avec soin #n°.4.

N'effectuez pas systématiquement d'examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque à l'effort) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque.

La Société canadienne de médecine interne, Recommandation de Choisir avec soin n° 5.

Éviter les examens de laboratoire de routine avant une chirurgie à faible risque en l'absence d'indications cliniques.

L'Association canadienne des pathologistes, Recommandation de Choisir avec soin n° 5.



Inspiration pour cette trousse d'outils

La clinique d'évaluation préopératoire (CEP) de l'Hôpital Général de North York (NYGH) voyait environ 40 patients par jour et plus de 900 patients par année. La plupart de ces patients se présentaient pour une chirurgie à risque faible à modéré et étaient considérés comme des patients à risque faible à modéré. Une vérification interne a révélé que bon nombre de ces évaluations et examens préchirurgicaux étaient médicalement superflus parce qu'ils ne fournissaient pas de renseignements pertinents susceptibles de modifier les soins ou les résultats périopératoires chez les patients par la suite. En fait, bon nombre de ces visites et de ces tests à la CEP contribueraient à l'inefficience et au coût du système de santé, causeraient du tort aux patients en raison des interventions et des suivis médicaux et occasionneraient des pertes de temps pour les patients et un coût d'opportunité. Une équipe multidisciplinaire a donc été formée afin de réévaluer les priorités médicales de la CEP et créer un système pour fournir des soins individualisés et éviter les évaluations et examens préopératoires médicalement superflus. La CEP du NYGH a ainsi pu réduire de 30 à 40 % les évaluations et examens préopératoires, sans conséquences négatives documentées ou perçues sur les soins aux patients.

Les coauteurs de cette trousse sont le Dr Aaron Mocon, la Dre Donna McRitchie et Aliya Tharani, principaux intervenants du projet au NYGH.



Introduction

Cet outil a pour but d'appuyer l'adoption d'interventions visant à réduire les visites et les examens inutiles à la clinique préopératoire. Les regroupements de médecins et les organismes qui font des évaluations préopératoires peuvent utiliser l'outil pour optimiser le processus.



Assurez-vous que cet outil est approprié à votre situation

Cet outil est approprié pour votre établissement si un nombre important de patients à faible risque ou en chirurgie d'un jour fréquentent votre clinique préopératoire ou si vous avez observé un manque d'uniformité flagrant dans les pratiques entourant la demande d'examens préopératoires. Les recherches sur les examens de laboratoire de routine effectués avant une chirurgie à faible risque démontrent que la majorité des résultats sont normaux et que moins de 3 % des résultats anormaux entraînent un changement dans la prise en charge du cas¹.



Éléments clés de cette intervention

Si cela décrit bien la situation actuelle dans votre clinique préopératoire, cet outil pourrait vous aider à réduire les examens et les visites inutiles dans votre clinique grâce aux mesures suivantes :

- Critères par consensus pour la sélection des patients ayant besoin d'une visite à la clinique préopératoire;
- Critères normalisés pour les examens et tests préopératoires appropriés en fonction des facteurs du patient, de la chirurgie et des risques associés au type de chirurgie.

Établir un leadership crédible et efficace

La création d'une équipe de mise en œuvre solide est un facteur clé du changement. L'équipe se compose de participants multidisciplinaires représentant tous les groupes

d'intervenants. Un leadership crédible et efficace est essentiel pour appuyer l'initiative et apporter des changements. Il pourra y avoir des situations où il sera impossible d'obtenir un consensus absolu. Cependant, à la suite de la mobilisation et de la participation appropriée des intervenants, les leaders doivent être capables de prendre des décisions raisonnables pour avancer.

Obtenir un consensus parmi les principaux groupes d'intervenants

L'obtention d'un consensus parmi les groupes d'intervenants, y compris les anesthésiologistes, les chirurgiens, les internistes, le personnel infirmier et le personnel administratif est une étape cruciale de toute intervention. Les changements proposés exigeront une entente sur 1) les critères pour le choix des patients qui nécessitent une visite à la clinique préopératoire et 2) les examens et tests requis pour ces patients en période préopératoire.

L'obtention d'un consensus sur les critères cliniques de l'évaluation et des examens préopératoires est particulièrement importante compte tenu de la pratique naturellement inconstante entre les membres des services ou départements. Il faut souligner que, pour tout patient donné, l'anesthésiologiste consultant de la clinique préopératoire ne sera pas nécessairement l'anesthésiologiste traitant le jour de la chirurgie. Les critères consensuels sont donc essentiels pour éviter que des chirurgies d'un jour soient potentiellement annulées parce qu'on pense que des évaluations ou des examens n'ont pas été effectués.

Une fois le consensus obtenu, il conviendra de présenter les changements de pratique aux groupes administratifs pertinents de l'hôpital (comité consultatif médical, comité sur la pratique professionnelle, etc.). Lorsque des données probantes sont disponibles, on veillera à les présenter à l'appui des recommandations. En l'absence de preuves claires, les pratiques actuelles peuvent être utilisées pour formuler les recommandations.

La quête d'une culture d'amélioration, de démarches constructives et de processus novateurs de la qualité pour les patients peut stimuler le changement. Les interventions inutiles, les temps d'attente associés aux consultations et aux examens, l'anxiété et les frustrations inutiles continuelles démontrent d'autant plus la nécessité du changement.

Mettre en œuvre l'intervention

Le but de votre intervention dépendra de ce que l'examen de la situation actuelle de votre clinique préopératoire révélera et des facteurs à modifier ou à améliorer. Vous le déterminerez pendant l'établissement initial de vos objectifs.

Voici deux éléments clés de l'intervention qui offrent les meilleures occasions globales de changement :

- 1) Identifier quels patients ont besoin d'une visite à la clinique préopératoire;
- 2) Choisir les examens et tests préopératoires.

Votre contexte local déterminera quelle intervention est la plus appropriée. Cependant, vous obtiendrez plus de succès si vous utilisez les deux initiatives. Vos recommandations doivent en tout temps être précises et ciblées et tenir compte du milieu local pour obtenir l'acceptation, l'appui et la crédibilité. Il sera important de nommer une personne-ressource pour régler les problèmes sur une base quotidienne pendant la période de mise en œuvre. À titre de médecin en soins périopératoires, l'anesthésiologiste (notamment, celui affecté à la clinique préopératoire ce jour-là) est le choix idéal pour assumer ce rôle.

Identifier quels patients ont besoin d'une visite à la clinique préopératoire

L'intervention nécessite l'obtention d'un consensus parmi les chirurgiens et les anesthésiologistes sur le choix des patients qui ont besoin d'une visite à la clinique préopératoire. Le choix de ces patients repose typiquement sur deux critères : la chirurgie prévue et l'état physiologique. Vous trouverez un exemple de lignes directrices pour la consultation en clinique préopératoire à la page suivante. L'Hôpital général de North York utilise ces lignes directrices actuellement pour identifier les patients qui ont besoin ou non d'une visite préopératoire. Les bureaux des chirurgiens utilisent cet outil de prise de décision clinique pour les aider à guider les décisions au moment de prévoir l'horaire des chirurgies.

Lorsque le cas est complexe et que les facteurs propres au patient rendent difficile l'utilisation de l'outil, on peut consulter le médecin en soins périopératoires. Il est toujours disponible pour répondre aux questions et aider à déterminer si le patient a besoin d'une visite préopératoire ou d'une consultation d'un spécialiste.

Exemple de lignes directrices pour la consultation en clinique préopératoire

Lignes directrices pour la consultation en clinique préopératoire - Hôpital général de North York (Doit être utilisé à titre de guide seulement)

Catégorie chirurgicale	État physiologique du patient				
	i. Invasion minimale	ii. Invasion minimale à modérée	iii. Invasion modérée à importante	iv. Invasion très importante	v. Autres interventions
	<ul style="list-style-type: none"> • ORL – myringotomie, micro-laryngoscopie, bronchoscopie • GEN – insertion d'un cathéter implantable • GYN – hystéroscopie • PLAS – extrémités • OPHTHAL* • URO – circoncision, vasectomie, cystoscopie • PSYCH – électrochocs 	<ul style="list-style-type: none"> • ENT – amygdalectomie et adénoïdectomie, mastoïdectomie, rhinoseptoplastie, sinus • GEN – intervention ano-rectale, hernie, cholécystectomie/ appendicectomie laparoscopique / hernies/lyse, biopsie du sein /localisation à l'aiguille, mastectomie • VASC – ligature veineuse/ éveilage de varices • GYN – D&C, laparoscopie • ORAL – Restaurations / extractions dentaires/ biopsie • ORTHO – arthroscopie (sauf des épaules) 	<ul style="list-style-type: none"> • ENT – thyroïdectomie, parotidectomie • GEN – cholécystectomie (ouverte), intervention laparoscopique majeure estomac/rate/intestin, résection de l'intestin par chirurgie ouverte • GYN – hystérectomie/ myomectomie, hystérectomie/ réparation vaginale • BUCCALE – buccale/maxillo-faciale • ORTHO – extrémités • PLAS – réduction mammaire • URO – néphrectomie, résection transurétrale de la prostate 	<ul style="list-style-type: none"> • GEN – résection intestinale majeure, chirurgie thoracique vidéo-assistée majeure ou chirurgie thoracique ouverte, oesophagectomie • ORTHO – enclouage intramédullaire, fractures de la hanche et des os longs, amputations • UROL – prostatectomie radicale • VASC – pontage, réparation d'anévrisme, endartérectomie 	<ul style="list-style-type: none"> • ORTHO – arthroplastie (hanche/genou/épaule) ou arthroscopie de l'épaule
1 Aucun trouble organique, physiologique, biochimique ou psychiatrique	Aucune visite préop	Aucune visite préop	Visite préop : IA seulement	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine
2 Trouble systémique léger à grave Exemple : Maladie du cœur qui limite légèrement l'activité physique, hypertension, diabète, bronchite chronique, anémie	Aucune visite préop	Visite préop : IA seulement	Visite préop : IA seulement	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine
3 Trouble systémique grave qui limite l'activité Exemple : Maladie cardiaque ou pulmonaire chronique qui limite l'activité, hypertension mal contrôlée, diabète traité à l'insuline et avec complications, angine de poitrine, antécédents d'IM antérieur, AOS +/- CPAP, cancer	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine
4 Trouble systémique grave qui met la vie en danger Exemple : ICC, angine de poitrine persistante, trouble hépatique, rénal ou pulmonaire de stade avancé, AIT récent	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine
5 Patients nécessitant des soins périopératoires particuliers Exemple : Anticoagulants +/- anticoagulation de transition requise, coagulopathie, polypharmacie, Témoins de Jéhovah, préoccupations relatives aux voies respiratoires, antécédents de problèmes liés à l'anesthésie, douleur chronique, admission prévue à l'USI, patient obstétrique avec comorbidité	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine	Visite préop : IA, anesthésie, +/- Médecine

*Les patients en ophtalmologie qui subissent une chirurgie de lentille sous anesthésique local et sédation n'ont pas besoin de consultation préopératoire de routine.

Consultation médicale recommandée dans les situations suivantes :

- Maladie coronarienne
- Diabète de type 1 ou 2 traité à l'insuline ou >2 agents oraux
- Utilisation d'aspirine, de clopidogrel, de ticagrelor, de prasugrel, de warfarine, de dabigatran, de rivaroxaban, d'apixaban ou d'édoxaban
- Risque cardiaque élevé (2 ou plus des suivants : maladie coronarienne, ICC, MRC, DS traité par l'insuline, AIT/accident vasculaire cérébral)
- Utilisation de stéroïdes (ou récente diminution progressive) ou de médicaments
- Nécessite une prophylaxie de l'endocardite (subira une intervention GI/GU/buccale et antécédents d'EI, de prothèse valvulaire, de cardiopathie cyanogène ou de greffe du cœur)
- Risque respiratoire élevé (asthme/MPOC avec exacerbations récentes ou fréquentes, MPI)

Abréviations et acronymes

AIT – accident ischémique transitoire

AOS – apnée obstructive du sommeil

CPAP – pression expiratoire positive continue

DS – diabète sucré

EI – endocardite infectieuse

GEN – chirurgie générale

GI – gastro-intestinal GU – génito-urinaire

GYN – chirurgie gynécologique

IA – personnel infirmier

IM – infarctus du myocarde

MC – maladie coronarienne ICC – insuffisance cardiaque congestive

MPI – maladie pulmonaire interstitielle

MPOC – maladie pulmonaire obstructive chronique

MRC – maladie rénale chronique

OPHTAL – chirurgie ophtalmologique BUCCALE – chirurgie buccale et maxillo-faciale

ORL – chirurgie en oto-rhino-laryngologie ou chirurgie de la tête et du cou

ORTHO – chirurgie orthopédique

PLAS – chirurgie plastique et reconstructive

Préop – préopératoire

PSYCH – psychiatrie

UROL – chirurgie urologique

USI – unité de soins intensifs

VASC – chirurgie vasculaire

Choisir les examens et tests préopératoires appropriés

Les recommandations de la campagne Choisir avec soin pour les examens préopératoires fournies à la page 3 sont un excellent point de départ. Une revue supplémentaire des écrits vous aidera également à établir les pratiques exemplaires et à obtenir un consensus parmi les regroupements de médecins. On pourra ensuite utiliser les critères consensuels pour créer un outil de prise de décision clinique sur les examens et tests préopératoires. Cet outil indiquera les examens préopératoires appropriés en fonction d'une série de facteurs. Voici un exemple de l'outil utilisé actuellement à l'Hôpital général de North York à Toronto.

Modèle de grille d'examens préopératoires

	FSC	G&D	Créat.	Lytes	Gluc	Foie	RIN & PTT	ECG	Rad. pul.
Intervention chirurgicale de la liste groupage et dépistage (voir **MSBOS).									
Antécédents d'anémie, de trouble de saignement ou de saignement actif. Maladie cardiovasculaire grave (c. à d. tolérance à l'exercice et MET <4 voir tableau ci-dessous). Diagnostic de cancer. Âge >70 ou < 1 an.									
Antécédents de maladie rénale, surrénalienne, hypophysaire ou de maladie endocrinienne systémique grave.									
Utilisation de digoxine, lithium, diurétiques, inhibiteurs ECA ou ARA. Antécédents d'anomalies électrolytiques.									
Antécédents de diabète.									
Antécédents d'utilisation de stéroïdes systémiques dans les 6 derniers mois.									
Antécédents de trouble de saignement, de trouble hépatique ou de malnutrition. Consommation d'alcool >2 verres/j pour les femmes et >3/j pour les hommes.									
Utilisation d'anticoagulants (sauf AAS).									
Âge >69. Antécédents de maladie cardiaque, de maladie vasculaire périphérique, cérébrale ou pulmonaire. ≥ 2 facteurs de risque (HTN, MRC, DS, AOS, IMC>35)									
Maladie cardiaque ou respiratoire symptomatique (MET <4 – <4 voir tableau ci-dessous). Antécédents de cancer du poumon ou de masse									

En cas de doute concernant la pertinence des examens préopératoires, demandez l'avis de l'anesthésiologiste de la clinique préopératoire. Évitez de demander de répéter les tests (et envoyez les résultats des tests actuels) si le patient a passé des tests semblables récents et si l'état ou les traitements du patient n'ont pas changé :

Un dosage B-HCG peut être demandé sur la feuille d'ordonnances préopératoires si le résultat peut modifier la prise en charge du cas.

Un dépistage de la drépanocytose peut être demandé sur la feuille d'ordonnances préopératoires pour les populations à risque élevé (Afrique centrale et de l'Ouest, Arabie saoudite, Inde centrale et de l'Est, Italie du Sud, Grèce du Nord, Turquie du Sud, Afro-Américains, Caraïbes), si le résultat peut modifier la prise en charge du cas.

****MSBOS** = Maximum Surgical Blood Order Schedule (estimation du nombre maximal d'unités de sang nécessaires pour certaines interventions chirurgicales, d'après la consommation enregistrée par le passé)

Estimation des besoins d'énergie pour des activités variées

1 MET



10 METS

Pouvez-vous...

Prendre soin de vous-même?

Vous nourrir, vous habiller et aller aux toilettes?

Marcher à l'intérieur dans votre maison?

Marcher la distance d'un bloc ou deux de maisons sur un terrain plat à 2 à 3 mi/h (2,3 à 4,8 km/h)?

Faire de petits travaux à la maison comme épousseter ou laver la vaisselle?

Monter des escaliers ou monter une côte à pied?

Marcher sur un terrain plat à 4 mi/h (6,4 km/h)?

Courir une courte distance?

Faire des travaux lourds dans la maison, comme laver le plancher, soulever des objets ou déplacer des meubles lourds?

Participer à des activités récréatives modérées comme le golf, les quilles, la danse, le tennis en double, lancer une balle de baseball ou un ballon de football?

Participer à des sports plus vigoureux comme la natation, le tennis en simple, le football, le basketball ou le ski?

Km/h = kilomètres à l'heure; MET= équivalent métabolique; mi/h= milles à l'heure.

*Modifié à partir de Hlatky et. coll. (11), copyright 1989, avec permission de Elsevier, et adapté à partir de Retcher et coll. (12).

Abréviations et acronymes

AAS – acide acétylsalicylique

AOS – apnée obstructive du sommeil

ARA – antagonistes de récepteurs de l'angiotensine II

Créat. – créatinine

DS – diabète sucré

Foie – test de la fonction du foie

FSC – formule sanguine complète

Gluc – glucose

G&D – groupage et dépistage

HTN – hypertension

IMC – indice de masse corporelle

Inhibiteurs ECA – inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

Lytes – électrolytes

MET – équivalent métabolique

MRC – maladie rénale chronique

Préop – préopératoire

PTT – temps partiel de thromboplastine

Rad. pul. – Radiographie pulmonaire

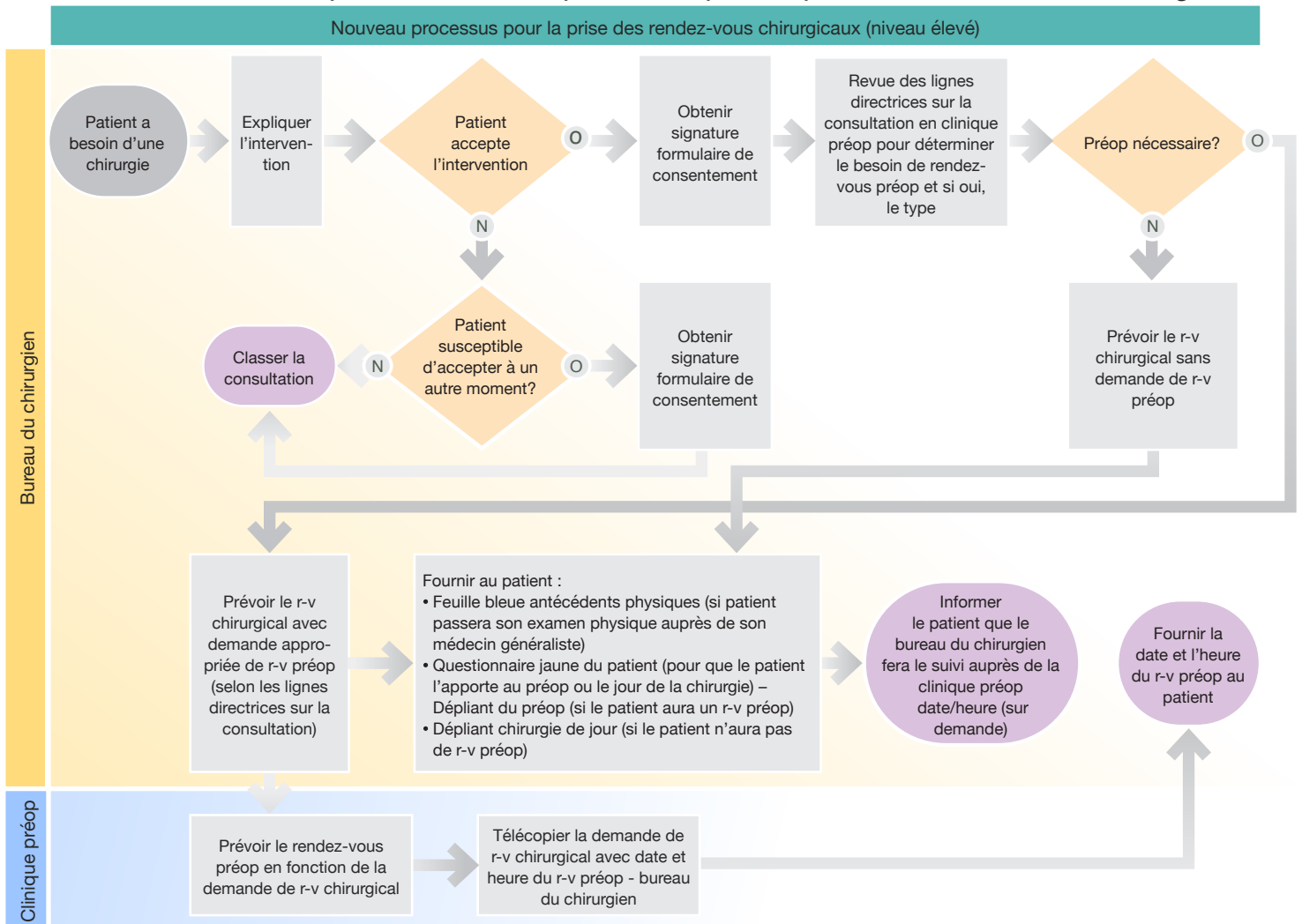
RIN – rapport international normalisé

/j – par jour

Étapes à suivre pour la mise en œuvre

- 1) Créez votre outil de prise de décision clinique à l'aide de critères consensuels et de critères fondés sur des données probantes.
- 2) Présentez l'outil de prise de décision aux intervenants clés et modifiez-le en fonction des commentaires reçus.
- 3) Utilisez plusieurs moyens pour informer le personnel de l'introduction de l'outil de prise de décision clinique :
 - Des mises à jour par courriel;
 - Des affiches pour faire connaître l'outil;
 - Des mises à jour verbales aux rencontres hebdomadaires de l'hôpital et aux réunions de service ou de département;
 - Des rencontres ou contacts avec le personnel administratif du chirurgien qui envoie le patient en consultation.
- 4) Intégrez l'outil de prise de décision clinique dans les processus quotidiens, rendez-le facilement accessible et faites des rappels (électroniques et papier).

Exemple de modèle de processus pour la prise des rendez-vous chirurgicaux



ORDONNANCES PRÉOPÉRATOIRES
PATIENTS DE 18 ANS ET PLUS
EXAMENS DE LABORATOIRE VALIDES POUR 90 JOURS
(si aucun changement dans l'état du patient)
AVEC L'EXCEPTION DE LA COMPATIBILITÉ CROISÉE /GROUPAGE
ET DÉPISTAGE VALIDE POUR 30 JOURS
Cochez les cases appropriées.
OS019

ORDONNANCES – CLINIQUE PRÉOPÉRATOIRE

CONSULTATIONS :

(Indiquez le motif de la consultation ET envoyez tous les rapports pertinents avec le dossier, p. ex. cardiologie, pneumologie, neurologie, etc.)

Anesthésiologie _____

Médecine interne _____

CASC

Stomothérapie

Autre _____

PRÉPARATION INTESTINALE :

(si oui, précisez) _____

EXAMENS ET TESTS :

Suivre grille normalisée des examens

Nombre d'unités groupées-croisées : _____

Autre :

HbA1C

B-HCG

Ferritine

Drépanocytose

Arthroplastie de la hanche (radiographie du bassin avec rotation interne de la hanche de 20 degrés et vue latérale de la hanche):
droite gauche

Arthroplastie du genou (radiographie du genou) :

droite gauche

AP Latéral Profil d'horizon AP debout 4pieds

Télécopier documents de la réadaptation à St. John's

Autre : _____

ORDONNANCES – JOUR DE LA CHIRURGIE

ANTIBIOTIQUES PRÉOPÉRATOIRES :

Vancomycine 500 mg IV 1 heure préop

ou

Vancomycine 1000 mg IV 1 heure préop

ANTITHROMBOTIQUES :

(Anesthésiologiste administrera un anticoagulant en salle d'opération.)

Bas de compression (TED)

Autre _____

EXAMENS LE JOUR DE LA CHIRURGIE :

Glucose

RIN

Autre _____

Répéter le G&D si le dernier échantillon a été prélevé \geq 30 jours auparavant.

ANALGÉSQUES PRÉOPÉRATOIRES :

Le médecin doit signer cette section ci-dessous.

À l'arrivée en chirurgie de jour

Acétaminophène 1000 mg PO x1

Célécoxib 200 mg **ou** 400 mg POx1

Gabapentine 100 mg 300 mg **ou** 600 mg POx1

Autre : _____

Médecin Signature : _____

Date: _____

Heure : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN (s'applique aux ordonnances de la clinique préopératoire et de la chirurgie de jour sauf la section sur les analgésiques préopératoires)

DATE :
HEURE :

Affiché par l'infirmière de la clinique préopératoire :

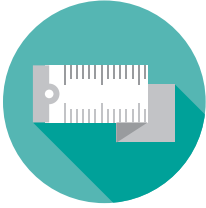
DATE :
HEURE :

Affiché par l'infirmière de la chirurgie de jour :

DATE :
HEURE :

Source : Hôpital général de North York, Toronto (traduction libre).

Remarque : La case « Suivre grille normalisée des examens » est précochée.



Comment mesurer l'efficacité de votre intervention

Choisir un ensemble d'indicateurs

Voici des indicateurs courants utilisés pour évaluer la sélection appropriée des patients en consultation préopératoire et le choix des examens et tests appropriés.

- 1) Indicateurs de résultats : Ce sont les principales améliorations que vous essayez d'obtenir.
 - Nombre de patients qui fréquentent la clinique préopératoire (vous devriez observer une baisse du nombre de patients à faible risque à la clinique et un virage en conséquence de la population globale de patients de la clinique vers des catégories à risque plus élevé. Le volume global de patients ne devrait pas nécessairement diminuer, mais la composition de la clientèle changera).
 - Nombre d'examens demandés en clinique préopératoire (leur quantité devrait baisser à mesure que seulement les examens nécessaires sont demandés).
- 2) Indicateurs de processus : Ces indicateurs veillent à ce que chaque aspect de l'intervention soit réalisé et mis en œuvre comme prévu.
 - Nombre de fournisseurs qui utilisent les critères normalisés pour la sélection des patients;
 - Nombre de fournisseurs qui utilisent les critères consensuels pour la décision de faire passer des examens préopératoires.
- 3) Indicateurs d'équilibre : Toute intervention peut entraîner de nouvelles conséquences imprévues qui doivent être mesurées.
 - Nombre de chirurgies reportées ou retardées en raison d'examens perçus comme manquants ou d'états médicaux jugés, le jour de chirurgie, comme n'ayant pas fait l'objet de bilans optimaux.

Déterminer une méthode de collecte des données

Le succès de la mise en place d'un outil de prise de décision clinique dans votre établissement peut être mesuré de plusieurs façons. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

- A) Système de rendez-vous de la clinique (peut être utilisé afin de recueillir plus de détails si le suivi du nombre de patients pour chaque type de chirurgie est possible)
 - Comptez le nombre de patients de la clinique préopératoire pour une période déterminée et comparez au nombre de patients de la clinique exactement un an auparavant.
- B) Sondages formels ou informels
 - Comptez le nombre d'employés qui utilisent présentement l'outil de prise de décision clinique dans leur pratique par opposition au nombre total d'employés ayant participé au sondage.

C) Évaluation financière

- Envisagez une analyse des économies potentielles réalisées en temps, en argent, en ressources, etc. résultant du temps clinique non nécessaire et des coûts de laboratoire qui ont été évités.
- Envisagez une évaluation des coûts des indicateurs d'équilibre soulignés à l'étape 3 ci-dessus.



Maintenir le succès initial de l'intervention

Il existe plusieurs manières importantes de maintenir la réduction obtenue des visites et des examens inutiles à la clinique préopératoire après la période de rodage de l'intervention :

- 1) L'outil de prise de décision clinique utilisé pour choisir les patients qui ont besoin d'un rendez-vous à la clinique préopératoire et les examens préopératoires appropriés devrait être facilement accessible et intégré dans les processus opérationnels quotidiens. À cette fin, on pourra utiliser la feuille de demande de consultation pour inclure un rappel et une copie de l'outil de prise de décision. On veillera également à modifier les processus de manière à inclure l'outil.
- 2) La mise à jour de l'outil de prise de décision clinique sera importante pour s'assurer qu'il reflète les données probantes actuelles et les lignes directrices. Cette mesure favorisera l'utilisation continue de l'outil et des pratiques exemplaires. Il peut être utile de prévoir une revue continue de l'outil à intervalles réguliers pour s'assurer qu'il est à jour.



Ressources supplémentaires

Services de santé Ontario, Compas Qualité, un outil fondé sur des données probantes, conçu pour aider les dirigeants et les fournisseurs de soins à améliorer les performances des soins de santé.

<https://quorum.hqontario.ca/fr/Home/Outils-et-ressources-sur-IAQ/Document-essentials>

Institute for Healthcare Improvement, How to Improve, a quality improvement resource based on IHI's model for improvement

<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>



Références

- 1) Preoperative Laboratory Testing in Patients Undergoing Elective, Low-Risk Ambulatory Surgery. *Ann Surg* 2012, 256(3):518-528
- 2) Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesth* 2012, 116(3):522-538

- 3) 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014,Dec 9;64(22):e77-e137
- 4) Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations. Am Fam Physician 2013, Mar 15;87(6):414-8.
- 5) Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2016. Can J Anesth (2016) 63:86-112
- 6) 2009 Ontario Pre-Operative Testing Grid. Ontario Preoperative Task Force, Ontario Guidelines Advisory Committee. http://www.gacguidelines.ca/site/GAC_Guidelines/assets/docs/Projects_Preop_Grid.doc
- 7) Benefits and Harms of Routine Preoperative Testing: Comparative Effectiveness. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Jan. Report No.: 14-EHC009-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.
- 8) Effectiveness of non-cardiac preoperative testing in non-cardiac elective surgery: a systematic review. British Journal of Anaesthesia 110 (6): 926–39 (2013).
- 9) Preoperative Laboratory Investigations: Rates and Variability Prior to Low-risk Surgical Procedures. Anesthesiology (2016) 124 (4)

Cet outil a été préparé par :

Aaron Mocon, HBS, MD, FRCPC
Anesthésiologiste, Hôpital général de North York

Donna McRitchie, B.Sc., MD, M.Sc., FRCSC
Vice-présidente, Hôpital général de North York
Professeure adjointe, Faculté de médecine, Université de Toronto

Aliya Tharani, B.Sc., inf. aut., M.Sc.S.
Coordonnatrice de projet, Hôpital général de North York

Il a été révisé par :

Duminda N. Wijesundera, MD, Ph. D., FRCPC
Scientifique, Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St. Michael's,
Professeur agrégé, Département d'anesthésie, Université de Toronto



www.choisiravecsoin.org



info@ChoisirAvecSoin.org



Cet outil de Choisir avec soin est protégé par une licence Creative Commons (Attribution 4.0 licence internationale – Non commerciale – Non modifiable). Pour voir une copie de la licence, visitez www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.