

# PROCÉDURES ET INTERVENTIONS EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

**Guide d'exercice**

du Collège des médecins du Québec



**AOÛT 2011**



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC



## Table des matières

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préambule                                                                           | 5  |
| Introduction                                                                        | 6  |
| Glossaire                                                                           | 7  |
| Les catégories d'interventions médicales et chirurgicales                           | 9  |
| La sélection des patients                                                           | 11 |
| Les limites des interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier | 12 |
| Le milieu extrahospitalier et les urgences                                          | 13 |
| Le suivi des patients                                                               | 14 |
| La prévention des infections et l'asepsie                                           | 15 |
| La tenue du dossier                                                                 | 20 |
| Le consentement                                                                     | 23 |
| La gestion des déchets biomédicaux                                                  | 25 |
| La protection du personnel de santé                                                 | 26 |
| Les prélèvements                                                                    | 26 |
| Les registres                                                                       | 26 |
| Les algorithmes et référentiels de soins, les politiques et les procédures          | 27 |
| Les mesures de sécurité                                                             | 28 |
| Les ressources humaines et matérielles                                              | 29 |
| Conclusion                                                                          | 33 |
| Bibliographie                                                                       | 34 |

## TABLEAUX

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I Classification du matériel selon le niveau d'asepsie requis                                                               | 16 |
| II Mesures de prévention des infections en milieu extrahospitalier                                                          | 19 |
| III Informations à consigner dans le protocole de sédation-analgésie et d'anesthésie                                        | 22 |
| IV Ressources humaines et matérielles requises pour les interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier | 29 |

## ANNEXE

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Liste d'abréviations dangereuses à ne pas utiliser dans une ordonnance | 40 |
|------------------------------------------------------------------------|----|





## Préambule

Conscient du fait que plusieurs interventions effractives autrefois effectuées en milieu hospitalier l'étaient en dehors de celui-ci, le Collège des médecins du Québec a publié en 2005 un guide d'exercice intitulé *La chirurgie en milieu extrahospitalier*. Un comité d'experts de diverses disciplines avait alors passé en revue la documentation occidentale publiée sur le sujet et consulté les organismes concernés. Le guide établissait certaines balises concernant l'environnement requis pour que ces interventions soient pratiquées en toute sécurité.

Depuis, le phénomène n'a fait que s'amplifier. Étant donné que plusieurs des interventions réalisées hors établissement au Québec ne constituent pas des services médicaux assurés par le régime public, nous ne disposons pas de statistiques fiables permettant de suivre l'évolution de ce type d'activités. Selon une étude publiée en septembre 2009 dans le *National Health Statistics Reports*, le nombre d'interventions chirurgicales et non chirurgicales pratiquées en mode ambulatoire entre 1996 et 2006 est demeuré stable dans les centres hospitaliers des États-Unis, alors qu'il a augmenté d'environ 300 % dans les installations indépendantes de l'hôpital. Depuis 2006, l'Assemblée nationale du Québec a d'ailleurs adopté plusieurs modifications législatives créant un nouveau cadre juridique pour que certains types de services médicaux puissent être offerts hors établissement en toute sécurité.

Soucieux de protéger le public et d'aider ses membres à toujours prodiguer des soins de qualité, le Collège a pris la décision de réviser son guide, pour qu'il tienne compte de cette évolution des pratiques et d'une littérature en constante évolution. D'ailleurs, au cours des dernières années, le Collège a été interpellé par des événements déplorables mettant en lumière certaines lacunes dans la formation du personnel ou la qualité du matériel d'urgence.

Un groupe d'experts travaillant en milieu extrahospitalier, que ce soit en cabinet ou en clinique spécialisée, a été appelé à collaborer à cette révision, afin que le guide tienne compte non seulement des données probantes mais aussi des contraintes pratiques auxquelles nous sommes tous confrontés.

L'objectif du Collège est d'établir clairement les normes actuelles et d'indiquer comment les pratiques doivent progresser et se modifier pour atteindre les standards imposés aux pratiques plus nouvelles qui ne cessent d'émerger.

Il est important de souligner qu'un médecin ne peut effectuer que les interventions ou procédures pour lesquelles il est compétent (connaissances et habiletés), indépendamment de l'infrastructure matérielle dont il s'est doté.



## Introduction

Lorsque le Collège a publié le guide d'exercice *La chirurgie en milieu extrahospitalier*, en mai 2005, la majorité des interventions effractives effectuées en dehors des établissements étaient de nature chirurgicale et réalisées à des fins esthétiques. Le titre du présent guide, *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, reflète un changement important : le déploiement hors établissement de plusieurs interventions diagnostiques et thérapeutiques, de nature médicale ou chirurgicale, effectuées à des fins autres qu'esthétiques.

Le guide dresse d'abord une liste de ces interventions et les regroupe par catégories, ces dernières reposant essentiellement sur la gravité de l'intervention et les risques qui lui sont associés. Il propose ensuite une classification des patients permettant de déterminer ceux qui peuvent subir sans danger ces interventions en milieu extrahospitalier.

Avant de passer aux recommandations plus classiques sur la prévention des infections, la gestion des déchets médicaux, la tenue du dossier, le consentement, les registres, les algorithmes et référentiels de soins, les procédures et les mesures de sécurité, qui ont toutes été mises à jour, cette nouvelle version aborde la question des urgences.

Une étude parue dans une publication canadienne rapporte que plus de 25 % des patients présentant un arrêt cardiaque dans des cliniques médicales n'ont pas reçu de manœuvres de réanimation de base (RCR) et que 90 % de ces patients n'ont pas bénéficié de l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA)<sup>1</sup>. Le Collège veut souligner l'importance de généraliser la formation en RCR et de favoriser un meilleur accès au DEA afin d'améliorer les chances de survie des patients se présentant dans les cliniques médicales ou devant subir des interventions effractives, médicales ou chirurgicales.

Une liste d'acronymes à ne pas utiliser, parce qu'ils sont à la source de plusieurs erreurs, a également été ajoutée en annexe. Finalement, le guide se termine par un tableau où figurent l'ensemble des ressources humaines et matérielles considérées requises pour les divers types d'interventions.

---

1. BROOKS, S.C., K.K. LAM et L.J. MORRISON, «Out-of-hospital cardiac arrest occurring in southern Ontario health care clinics», *Canadian Family Physician*, vol. 56, June 2010, p. e213-e218.

## Glossaire

Au Québec, les expressions « interventions médicales et chirurgicales en cabinet privé », « interventions médicales et chirurgicales hors établissement » et « interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier » sont souvent considérées comme des synonymes. Dans ce document, seule l'expression « interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier » sera utilisée pour désigner ce secteur d'activités.

### Acronymes

**ACLS:** Advanced Cardiac Life Support (soins avancés en réanimation cardiaque)  
**ASA:** American Society of Anesthesiologists  
**BLS:** Basic Life Support (soins de base en réanimation cardiaque)  
**CSA:** Canadian Standards Association  
**DEA:** Défibrillateur externe automatisé  
**PALS:** Pediatric Advanced Life Support (soins avancés en réanimation pédiatrique)

### Anesthésie générale

Procédure provoquant la perte de conscience et la disparition des réflexes de protection, y compris la capacité de maintenir de façon autonome et continue la perméabilité des voies respiratoires et le rythme respiratoire. La perte de conscience est causée par l'administration d'un médicament par voie parentérale ou par inhalation.

### Anesthésie locale<sup>2</sup>

Procédure provoquant la perte réversible de toute sensation douloureuse dans une partie du corps par l'application topique ou l'infiltration locale d'un agent anesthésique.

### Anesthésie locale avec tumescence

Procédure provoquant la perte réversible de toute sensation douloureuse dans une partie du corps par l'infusion sous-cutanée d'un large volume d'une solution électrolytique contenant un agent anesthésique à faible concentration. Cette méthode d'anesthésie peut être utilisée dans plusieurs procédures touchant les tissus sous-cutanés, dont la liposuccion ou la greffe de cheveux, par exemple. La solution infusée comprend habituellement de la lidocaïne, de l'épinéphrine et du bicarbonate de sodium, s'il y a lieu.

### Anesthésie régionale

Procédure provoquant l'interruption des influx nerveux dans des parties du corps par l'administration d'agents anesthésiques locaux (p. ex., anesthésie rachidienne, caudale, péridurale, stellaire, rétrobulbaire et bloc veineux).

### Cabinet

Local situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels exercent habituellement leur profession, individuellement ou en groupe, à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle des services d'hébergement (LSSSS<sup>3</sup>, art. 95).

2. Dans ce document, l'anesthésie d'un doigt ou d'un orteil par l'infiltration d'un agent anesthésique à sa base est considérée comme une anesthésie locale.

3. Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).



### **Centre médical spécialisé (définition sous réserve)**

*« Lieu extérieur à un établissement, où des médecins peuvent, à certaines conditions, offrir un certain nombre de services médicaux spécialisés spécifiés dans la loi ou par règlement, ces services ayant été jusqu'à maintenant fournis dans les établissements. Les conditions consistent en l'obtention d'un permis d'opération émis par le gouvernement, la nomination d'un directeur médical responsable d'assurer la qualité des services médicaux offerts et l'agrément par un organisme reconnu dans les trois ans suivant l'obtention du permis d'opération. Quant aux services spécifiés dans la réglementation adoptée par la suite et appliquée depuis le 31 mars 2010, il s'agit pour le moment d'actes chirurgicaux qui ont été déterminés en fonction de la durée d'hébergement et du type d'anesthésie qu'ils requièrent, ainsi que des risques de préjudices qu'ils comportent. »<sup>4</sup>*

### **Clinique médicale associée (définition sous réserve)**

*« Définie comme un lieu, qui peut être une clinique médicale spécialisée ou non ou un laboratoire, où des médecins participants au régime d'assurance maladie offrent certains services dans le cadre d'une entente d'association avec un établissement exploitant un centre hospitalier et avec l'agence concernée. »<sup>5</sup>*

### **Intervention**

Ensemble des procédures chirurgicales et médicales effractives effectuées dans un but diagnostique, thérapeutique ou esthétique.

### **Intervention en milieu extrahospitalier**

Ensemble des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques pratiquées en dehors d'un établissement de santé.

### **Intervention majeure**

Procédure diagnostique, thérapeutique ou esthétique effectuée habituellement sous anesthésie régionale ou générale, et comportant un risque significatif de complications nécessitant habituellement une admission en centre hospitalier.

### **Intervention mineure**

Procédure diagnostique, thérapeutique ou esthétique qui peut être effectuée en toute sécurité et de la façon la moins désagréable possible, sous ou sans anesthésie, et qui, associée aux conditions médicales préexistantes, comporte un faible risque de complications nécessitant une hospitalisation.

### **Sédation-analgésie<sup>6,7</sup>**

Procédure qui consiste à administrer des médicaments à un patient afin de lui permettre de mieux tolérer une intervention diagnostique ou thérapeutique de façon sécuritaire. Certains patients requerront surtout une sédation, d'autres une analgésie et la plupart, les deux à la fois. Les médicaments et la technique utilisés dépendront principalement du niveau de sédation désirée, selon la nature et la durée de l'intervention et selon les caractéristiques du patient.

4. Source : Collège des médecins du Québec – ALDO-Québec – 2010

5. Source : Collège des médecins du Québec – ALDO-Québec – 2010

6. Dans ce document, la sédation profonde — qui cause une perte importante de l'état de conscience — n'est pas considérée comme une sédation-analgésie, mais comme une anesthésie générale.

7. Anesthésie mitigée : la sédation-analgésie et l'anesthésie générale sont parfois désignées par le terme « anesthésie mitigée », qui n'est toutefois pas reconnu.

## Les catégories d'interventions médicales et chirurgicales

La classification des interventions présentée dans ce document s'inspire des grilles de classification utilisées par l'Association canadienne d'accréditation des installations de chirurgie ambulatoire et par l'American College of Surgeons, ainsi que de la classification ASA (American Society of Anesthesiologists)<sup>8</sup>.

### PREMIÈRE CATÉGORIE

Lorsque le médecin ne sait pas avec certitude à quelle catégorie ou sous-catégorie appartient une intervention, il devrait toujours la classer dans la catégorie supérieure.

La première catégorie regroupe les interventions mineures qui sont faites habituellement sous anesthésie locale ou topique et sans autre sédation qu'un sédatif anxiolytique administré par voie orale.

Cette catégorie se subdivise en deux sous-catégories : les interventions sans tumescence et les interventions avec tumescence.

**Les interventions sous anesthésie locale sans tumescence** (catégorie 1A) les plus fréquentes sont :

- l'exérèse de lésions cutanées ou sous-cutanées (verruques, kystes sébacés, acrochordons, lipomes, lésions non pigmentaires, lésions kérato-actiniques, chirurgie esthétique des paupières, révision de cicatrice, autoplastie, etc.);
- la chirurgie de la cataracte (normes de stérilisation et aseptie du niveau de troisième catégorie);
- la biopsie cutanée;
- l'incision et le drainage d'un abcès superficiel;
- la paracentèse (arthrocentèse, thoracocentèse, péritonéocentèse, etc.);
- la chirurgie mineure de la main;
- la réduction fermée d'une fracture simple ou d'une luxation d'une petite articulation (orteil ou doigt);
- la cystoscopie, l'endoscopie digestive basse et courte, l'endoscopie naso-sinusienne, la rhino-pharyngo-laryngoscopie;
- l'amniocentèse;
- l'injection intra-amniotique;
- la vasectomie;
- la dilatation urétrale.

**Les interventions sous anesthésie locale avec tumescence** (catégorie 1B) les plus fréquentes sont :

- la liposuction et la lipogreffe;
- la greffe de cheveux;
- la chirurgie pour des varices aux membres inférieurs;
- la chirurgie esthétique, tel le lissage facial.

8. Étant donné que l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut difficilement être catégorisée selon les mêmes critères que les autres interventions chirurgicales extrahospitalières, elle fait l'objet d'un guide de pratique spécifique.



## DEUXIÈME CATÉGORIE

La deuxième catégorie regroupe les interventions mineures ou majeures qui sont effectuées sous sédation-analgésie. La profondeur de la sédation recherchée devrait correspondre aux niveaux 1 et 2 de l'échelle de sédation suivante :

1. alerte;
2. endormi, éveil facile;
3. endormi, éveil difficile;
4. sommeil très profond.

Cette catégorie d'interventions très variées comprend, notamment :

- l'endoscopie digestive haute, la coloscopie longue et la bronchoscopie;
- la chirurgie de la paroi abdominale (hernie ombilicale, hernie inguinale, etc.);
- la chirurgie esthétique, y compris la liposuction;
- le prélèvement d'ovules par voie vaginale.

## TROISIÈME CATÉGORIE

La troisième catégorie regroupe les interventions mineures ou majeures qui sont effectuées sous anesthésie régionale ou générale et ne requièrent pas de remplacement sanguin peropératoire ni d'hébergement postopératoire<sup>9</sup>.

---

9. Il n'a pas été jugé utile de dresser la liste des interventions incluses dans cette catégorie, car elle est en constante modification selon les pratiques anesthésiologiques et les progrès techniques.

## La sélection des patients

La sélection des patients pour les interventions en milieu extrahospitalier doit être fondée sur l'histoire médicale et l'évaluation clinique de leur état physique. À cette fin, il est recommandé d'utiliser la classification établie par l'American Society of Anesthesiologists (ASA) :

**ASA I ou P1 :** patient en bonne santé;

**ASA II ou P2 :** patient atteint d'une affection systémique légère;

**ASA III ou P3 :** patient atteint d'une affection systémique qui limite son activité, mais qui n'est pas invalidante;

**ASA IV ou P4 :** patient atteint d'une affection systémique grave qui représente un risque constant pour sa vie;

**ASA V ou P5 :** patient moribond dont on ne s'attend pas à ce qu'il vive plus de 24 heures, qu'il subisse ou non une intervention.

Les patients classés P1 ou P2 peuvent subir une des interventions incluses dans la première catégorie, de même que les patients classés P3, à condition que leur affection systémique puisse supporter l'action des agents anesthésiques utilisés ou la procédure prévue.

Les interventions comprises dans la deuxième catégorie devraient être pratiquées uniquement sur les patients classés P1 ou P2, lorsqu'il n'y a pas de surveillance immédiate assurée par un anesthésiologiste ou un médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation. S'il y a une surveillance immédiate, les patients classés P3 peuvent subir ces interventions, à condition que leur affection ou leur état de santé ne présente pas de risque de complications non traitables sur place ou susceptibles de nuire grandement à leur intégrité physique ou fonctionnelle.

Enfin, étant donné que la présence d'un anesthésiologiste ou d'un médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation est requise pour les interventions de la troisième catégorie, celles-ci peuvent être pratiquées sur les patients classés P1, P2 et P3. Toutefois, les patients classés P3 doivent satisfaire aux mêmes conditions qui s'appliquent aux interventions de la deuxième catégorie.



## Les limites des interventions médicales et chirurgicales en milieu extrahospitalier

Compte tenu de l'évolution constante des pratiques, il est difficile de déterminer les interventions qui ne peuvent pas être effectuées en milieu extrahospitalier. Les paramètres les plus importants limitant actuellement ces interventions sont le niveau de spécialisation du plateau technique requis, la nécessité de remplacer les pertes sanguines et la nécessité d'un hébergement postopératoire. À titre d'exemple, le plateau technique nécessaire à la chirurgie intracrânienne ou cardiaque empêche actuellement que des interventions dans ces domaines soient effectuées en milieu extrahospitalier. Par ailleurs, un grand nombre d'interventions intra-abdominales ou intrathoraciques et d'interventions touchant de grosses articulations ne peuvent être faites en dehors du milieu hospitalier à cause de l'impossibilité d'y assurer l'hébergement postopératoire. Aussi, la chirurgie en milieu extrahospitalier doit se limiter aux interventions qui requièrent une courte période d'observation postopératoire à moins que l'hébergement postopératoire approprié soit disponible.

En général, on ne devrait pas pratiquer en milieu extrahospitalier les interventions :

1. dont la période de récupération excédera les heures normales de fonctionnement;
2. d'une durée de plus de 2 heures si des mesures de correction d'une hypothermie ne sont pas disponibles (p. ex., dispositifs cutanés type BAIR Huggers, couvertures à air pulsé, dispositifs chauffants pour solutés);
3. d'une durée excédant 6 heures;
4. dont les pertes sanguines anticipées sont de plus de 500 cc;
5. dont les volumes d'aspiration excèdent 1 500 cc par technique sèche ou 3 000 cc par tumescence nécessitant une surveillance de la diurèse et une observation postopératoire plus longue.

## Le milieu extrahospitalier et les urgences

### Évaluation du profil de risque

Plusieurs cabinets et cliniques médicales n'ont malheureusement pas la préparation ni l'équipement requis pour faire face aux urgences. Des mesures doivent être mises en place ou modifiées pour remédier à cette situation en fonction du type de clientèle et des conditions particulières de pratique.

Quelques auteurs, dont Sempowski et Brisson, ont proposé les caractéristiques suivantes pour évaluer le profil de risque d'un cabinet ou d'une clinique médicale :

1. volume de patients (faible ou élevé);
2. localisation (urbaine, périphérique, rurale) et ressources préhospitalières (temps de réponse);
3. distance d'une salle d'urgence d'un centre hospitalier;
4. nombre de patients à risque;
5. secteur d'activités;
6. administration de médicament(s) par voie parentérale;
7. intervention médicale ou chirurgicale avec potentiel de complication;
8. facteurs environnementaux saisonniers et localisation.

Selon la littérature dont nous disposons et les traitements médicaux d'urgence considérés comme étant requis par certains groupes de spécialistes, on peut associer les caractéristiques suivantes à un milieu extrahospitalier de moyen à haut risque :

1. localisation périphérique;
2. absence d'un centre hospitalier ou distance marquée;
3. interventions effractives ou à haut risque (p. ex., épreuve d'effort pour le dépistage de pathologie coronarienne);
4. utilisation de médicament(s) par voie parentérale;
5. important délai de réponse des services préhospitaliers d'urgence, conditions météorologiques défavorables;
6. haut volume de patients.

### Urgences cardiorespiratoires

Les médecins et les professionnels de la santé exerçant en milieu extrahospitalier doivent pouvoir faire face en tout temps à des urgences cardiaques, qu'elles soient associées ou non à des interventions médicales ou chirurgicales.

Une formation en soins de base de réanimation (BLS) et une mise à jour de cette formation sont requises pour le personnel soignant. Au moins un membre du personnel avec une formation en soins avancés de réanimation cardiaque (ACLS, PALS, si clientèle pédiatrique) doit être présent en tout temps jusqu'au congé du dernier patient ayant subi une intervention avec sédation-analgésie, ou avec anesthésie rachidienne ou générale, ou dans un milieu à moyen ou haut risque. Les procédures d'appel aux services d'urgences et de transfert doivent être connues, disponibles en tout temps et périodiquement revues par l'ensemble des intervenants.

Le matériel doit inclure le matériel de ventilation, les agents pharmacologiques (voir tableau IV) et un défibrillateur externe automatisé (DEA) ou le matériel du même type selon le niveau de risque établi.



## Anaphylaxie

Les symptômes d'anaphylaxie se manifestent généralement dans les minutes suivant l'exposition à l'antigène en cause, mais à de rares occasions, ces manifestations peuvent être beaucoup plus tardives. Les manifestations d'une réaction anaphylactique survenant en période périopératoire apparaissent le plus souvent dans l'heure suivant l'exposition à l'allergène. Leur incidence varie de 1:4000 à 1:25000. Même s'il n'y a pas de moyen infaillible pour prédire de telles réactions, il est nécessaire de procéder systématiquement à un questionnaire recherchant une histoire antérieure de réaction allergique médicamenteuse ou au latex, particulièrement mais non de façon exclusive, lors d'une chirurgie antérieure.

Les symptômes et signes d'une réaction anaphylactique peuvent varier d'une atteinte exclusivement cutanée à un état de choc ou de détresse respiratoire rapidement progressive pouvant mener à la mort. Une prompte reconnaissance de ceux-ci avec administration intramusculaire précoce d'adrénaline de 1:1000 et d'oxygène constitue le meilleur moyen de prévenir une évolution défavorable. Les réactions biphasiques peuvent survenir jusqu'à environ 23 % des cas. Il n'y a pas de marqueur pouvant prédire de telles récurrences des manifestations de sorte que la durée de la période de surveillance doit être individualisée. Un algorithme pour le traitement d'une réaction anaphylactique devrait être maîtrisé par le personnel soignant.

## Prophylaxie thromboembolique

À ce jour (2010), il n'existe pas de guide basé sur des données probantes concernant la prévention des complications thromboemboliques dans un contexte ambulatoire et extrahospitalier pour le groupe de patients répondant aux critères de sélection. Des revues rétrospectives suggèrent que le risque demeure faible. Cependant, le passé médical et les conditions cliniques préexistantes doivent être évalués (p. ex., néoplasie, état d'hypercoagulabilité, immobilisation prolongée, obésité morbide, etc.).

Les patients considérés à risque devront être particulièrement bien renseignés sur les symptômes et signes nécessitant une consultation urgente. Pour ceux qui nécessiteront une prophylaxie, une information adéquate sera mise à leur disposition sur le mode utilisé, le suivi et les complications possibles.

## Le suivi des patients

Le médecin qui effectue des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques doit mettre en place un mécanisme pour assurer la continuité des soins. Il doit expliquer, de préférence par écrit, les mesures que le patient doit prendre si un problème de santé survient à la suite de l'intervention, quel que soit le moment de la journée. Au cas où le patient aurait à se présenter à l'urgence d'un établissement, par exemple, le médecin doit lui fournir, entre autres renseignements, le numéro de téléphone du service de garde où le médecin de l'urgence peut appeler afin d'obtenir, au besoin, l'information nécessaire pour prendre en charge le patient de façon appropriée.

Le Collège des médecins recommande fortement au médecin qui fait des interventions en milieu extrahospitalier avec sédation-analgésie, anesthésie régionale ou générale, d'élaborer, en collaboration avec un centre hospitalier situé à proximité, une procédure de transfert des patients présentant des complications per ou postinterventions immédiates qui requièrent une hospitalisation.

## La prévention des infections et l'asepsie

### Mesures de prévention des infections

Les recommandations relatives aux mesures de prévention des infections découlent, dans l'ensemble, des pratiques de base adoptées par les centres hospitaliers pour la prévention des infections postopératoires. Autant que possible, elles sont fondées sur des études scientifiques, même si celles-ci sont peu nombreuses, et portent souvent sur une population cible restreinte ou sur des interventions particulières, ce qui rend les généralisations difficiles.

L'élément essentiel à retenir au regard des infections au site opératoire, c'est que la contamination bactérienne est le précurseur de l'infection. Aussi, toutes les procédures visant à réduire la contamination bactérienne de la peau du patient et des instruments utilisés doivent être considérées comme des mesures qui permettent de diminuer les risques d'infection du site opératoire. Toutes les mesures doivent être mises en place pour réduire le risque de transmission d'agents infectieux viraux (VIH, hépatites, etc.) ou bactériens.

#### Stade préopératoire

Les principales mesures de prévention des infections au stade préopératoire comportent les actions suivantes :

- identifier et traiter toutes les infections, même si elles ne touchent pas le site opératoire, et reporter toute chirurgie non urgente tant que l'infection n'a pas disparu;
- ne pas raser le site opératoire, sauf si les poils ou les cheveux peuvent nuire à l'exécution de l'intervention; dans ce cas, il faut procéder au rasage immédiatement avant la chirurgie, de préférence au moyen d'un rasoir électrique;
- recommander au patient de prendre un bain ou une douche la veille de la chirurgie en se servant d'un savon antiseptique;
- laver le site opératoire avec un produit antiseptique approprié;
- garder les ongles courts et ne pas porter d'ongles artificiels ni de bijoux (bagues, bracelets, etc.);
- se laver minutieusement les mains et les avant-bras jusqu'aux coudes pendant au moins deux minutes, en utilisant une éponge imbibée d'un produit antiseptique ou utilisation d'une solution désinfectante (sans brossage);<sup>10</sup>
- s'essuyer les mains avec une serviette stérile (sauf si gel stérilisant préopératoire), porter une blouse et des gants stériles. Le port de la blouse peut être optionnel selon les circonstances (p. ex., exérèse de naevi, laceration mineure) mais le jugement du médecin ou les conditions peuvent dicter le port d'une blouse;
- respecter les recommandations courantes en prophylaxie antimicrobienne pour des conditions cliniques spécifiques.

#### Stade peropératoire

Les principales mesures à prendre pour réduire la contamination et les risques d'infection au stade peropératoire sont :

- maintenir dans le bloc opératoire une ventilation à pression positive par rapport au corridor et aux locaux adjacents, selon les normes de la CSA en matière de ventilation;
- porter un masque chirurgical qui couvre la bouche et le nez;

10. La durée optimale du brossage des mains n'est pas connue; certaines études suggèrent qu'un brossage de deux minutes est aussi efficace qu'un brossage traditionnel de dix minutes. Utiliser un agent antiseptique reconnu (gluconate de chlorhexidine, triclosan, alcool à 60-90 % sous forme d'éthanol ou isopropyl, iodophores).



- porter un bonnet ou une cagoule de façon à couvrir les cheveux et la barbe;
- revêtir une blouse stérile et imperméable;
- utiliser des champs stériles et imperméables pour circonscrire le site opératoire et prévenir la contamination;
- utiliser seulement des instruments stérilisés selon les normes reconnues;
- désinfecter les surfaces et les instruments souillés et contaminés par le sang ou d'autres liquides biologiques durant l'intervention à l'aide des produits couramment utilisés dans le milieu hospitalier. Des nettoyages en profondeur ou la fermeture de la salle ne sont pas requis à la suite d'une contamination;
- préconiser le port des couvre-chaussures et des vêtements conçus pour le bloc opératoire;
- entretenir les vêtements spécialisés par du personnel formé. Changer de vêtements lorsqu'ils sont souillés, contaminés ou imprégnés de sang ou d'autres substances potentiellement infectieuses;
- proscrire ou limiter les effets personnels au bloc opératoire et limiter la circulation en cours d'intervention.

## Mesures d'asepsie

Pour réduire les risques d'infection, il est essentiel de respecter rigoureusement les mesures d'asepsie établies. La présente section passe en revue certains aspects fondamentaux de l'asepsie, tels la classification du matériel selon le niveau d'asepsie requis, les notions de désinfection et de stérilisation, les niveaux de désinfection nécessaires selon les instruments utilisés ainsi que les méthodes de stérilisation reconnues.

### Classification du matériel

La classification de Spaulding est couramment utilisée pour déterminer le niveau de désinfection et de stérilisation nécessaire (voir le tableau I). Ce système classe le matériel médical et chirurgical en trois catégories, selon le risque d'infection : critique, semi-critique et non critique.

**TABEAU I – CLASSIFICATION DU MATÉRIEL SELON LE NIVEAU D'ASEPSIE REQUIS (SPAULDING, 1972)**

| Classe                 | Utilisation                                                                                   | Type de désinfection ou de stérilisation                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Matériel critique      | Instruments qui pénètrent les tissus stériles de l'organisme, notamment l'appareil vasculaire | Nettoyage suivi d'une stérilisation                                  |
| Matériel semi-critique | Instruments qui entrent en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses                  | Nettoyage suivi d'une désinfection de haut niveau                    |
| Matériel non critique  | Instruments qui entrent seulement en contact avec la peau saine                               | Nettoyage suivi d'une désinfection de niveau intermédiaire ou faible |

### Nettoyage des instruments

Il est important d'enlever immédiatement les dépôts de sang et les débris de tissus sur les instruments avant de procéder à leur nettoyage. Pour bien les nettoyer, il faut utiliser les produits appropriés et suivre les recommandations du fabricant, s'il y a lieu. Il n'est pas conseillé d'employer des solutions d'hypochlorite ni des abrasifs, car ils peuvent endommager les instruments. En revanche, le nettoyage peut être fait dans une machine à laver ou un appareil à ultrasons. Après un nettoyage à ultrasons, il est essentiel de rincer les instruments. Une attention particulière doit être apportée aux scopes où tous les orifices et anfractuosités doivent être soigneusement nettoyés.

## Désinfection

La désinfection est un processus qui consiste à détruire les microorganismes pathogènes ou à inactiver les virus présents. La désinfection peut être de haut niveau, de niveau intermédiaire ou de faible niveau :

- **La désinfection de haut niveau** détruit tous les microorganismes, sauf les spores. Ce niveau est requis pour le matériel semi-critique, entre autres les bronchoscopes, les gastroscopes, les coloscopes, les entérosopes et les écarteurs nasaux. La désinfection de haut niveau comporte habituellement le trempage du matériel dans une solution de glutaraldéhyde à 2 %. Elle peut aussi être effectuée à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène à 6 % ou d'une solution d'hypochlorite de sodium à 5,25 % (eau de Javel) à une dilution de 1:50. La désinfection au glutaraldéhyde requiert un local bien ventilé et devrait être faite dans des bacs fermés pour prévenir les irritations cutanées et respiratoires. L'efficacité de ce produit doit être mesurée régulièrement, car sa durée de conservation n'est que de 14 jours. La période de trempage varie selon la solution utilisée et le type d'instruments à désinfecter. Il est important, à cet égard, de suivre les recommandations du fabricant.
- **La désinfection de niveau intermédiaire** élimine tous les microorganismes pathogènes, à l'exception des spores, et certains virus sans membrane. Elle comporte habituellement le trempage ou le nettoyage du matériel à l'aide d'une solution d'hypochlorite de sodium à 5,25 % (eau de Javel) à une dilution de 1:100 ou de produits tels que les composés iodés, les phénols, l'éthanol et l'isopropanol de 70 à 90 %. Ce procédé de nettoyage ne peut s'appliquer qu'au matériel non critique, c'est-à-dire les instruments qui entrent en contact seulement avec la peau saine.
- **La désinfection de faible niveau** élimine des microorganismes tels que les bactéries, les champignons et certains virus, mais elle ne détruit pas les spores, les virus sans membrane ni les bacilles à Gram négatif. Elle est faite habituellement avec les mêmes solutions que celles qui sont utilisées pour la désinfection de niveau intermédiaire. Ce procédé s'applique au matériel non critique, c'est-à-dire les instruments qui entrent en contact seulement avec la peau saine, tels le stéthoscope, le pèse-personne et le brassard du sphygmomanomètre.

## Stérilisation du matériel

La stérilisation est un processus chimique ou physique qui permet de détruire toutes les formes de vie microbienne, dont les bactéries, les virus, les champignons et les spores. Elle doit être effectuée sur le matériel critique, c'est-à-dire les instruments qui pénètrent les tissus stériles de l'organisme, notamment l'appareil vasculaire. Trois méthodes sont principalement utilisées pour la stérilisation : l'autoclavage; la stérilisation par la chaleur sèche; et la stérilisation au gaz (oxyde d'éthylène). Cette dernière est peu courante en dehors du milieu hospitalier en raison de son coût et de sa complexité.

La stérilisation en milieu extrahospitalier doit être réalisée selon les normes approuvées par la CSA et conformément aux grands principes établis, à savoir :

- recourir de préférence à la stérilisation à la vapeur, selon les paramètres suivants :

|                                                               | Durée d'exposition (min.) * | Température (°C) |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Instruments non emballés (devant être utilisés immédiatement) | 3                           | 132-135          |
| Instruments emballés (petits paquets)                         | 30                          | 121-132          |

\* Le cycle commence à partir du moment où la température cible est atteinte.



- emballer le matériel à stériliser, sauf pour une utilisation immédiate;
- respecter rigoureusement les conditions de stérilisation reconnues;
- inscrire la date de stérilisation sur les paquets d'instruments pour assurer une meilleure gestion du matériel stérilisé, les entreposer dans un endroit sec, à l'abri de la poussière et de la circulation et ne pas les ranger directement sur le sol;
- mettre en place un programme d'assurance de la qualité, qui comprend un registre où sont consignés, pour chaque appareil de stérilisation, la date et les résultats de chaque test;
- enregistrer les indicateurs physiques comme le temps de stérilisation, la température et la pression dans un registre réservé à cet usage;
- utiliser des indicateurs chimiques à chaque stérilisation pour savoir si les conditions nécessaires à la stérilisation ont été respectées. Il existe deux types d'indicateurs chimiques — internes ou externes — selon qu'on les place à l'intérieur ou à l'extérieur du paquet à stériliser;
- se servir d'indicateurs biologiques, plus d'une fois par semaine, pour vérifier l'efficacité de la stérilisation. Ce type d'indicateur est inoculé habituellement avec les spores de *Bacillus stearothermophilus*. La CSA recommande idéalement l'utilisation quotidienne d'un indicateur biologique;
- réserver la stérilisation rapide, ou flash, aux situations extrêmes où des instruments non stérilisés sont requis de façon urgente. Ce procédé ne devrait jamais être utilisé pour la chirurgie non urgente;
- n'utiliser la stérilisation au four que dans les cas où la stérilisation à la vapeur n'est pas une option. La stérilisation au four est une solution de rechange mais elle a le désavantage d'être longue et possiblement dommageable pour les instruments.

| Durée de la stérilisation (min.) | Température à atteindre (°C) |
|----------------------------------|------------------------------|
| 60                               | 170                          |
| 120                              | 160                          |
| 150                              | 150                          |
| 180                              | 140                          |

- séparer physiquement l'aire de stérilisation des aires de nettoyage, d'emballage et d'entreposage. Le stérilisateur ne devrait pas être à proximité d'une source de contamination;
- favoriser la stérilisation à la vapeur avec l'utilisation de petits autoclaves dans un contexte de chirurgie en externe.

### Utilisation et réutilisation du matériel uniservice

Malgré l'utilisation rigoureuse des procédés de désinfection et de stérilisation, certains agents résistent aux méthodes habituelles d'inactivation; c'est le cas des prions, dont fait partie l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Par conséquent, pour les interventions touchant le système nerveux central ou effectuées sur des patients qui présentent un risque d'infection par ce type d'agents, il est essentiel d'utiliser du matériel uniservice.

Compte tenu des coûts, donc de l'impact économique, il pourrait être tentant de réutiliser le matériel uniservice une fois désinfecté ou stérilisé. Il est fortement recommandé de le jeter et de s'en tenir aux recommandations du manufacturier, car il n'a pas encore été démontré que les propriétés physiques ou chimiques ne sont pas altérées par le processus de désinfection. Certains instruments pourraient être réutilisés, selon les instructions écrites du fabricant, mais jamais pour des interventions touchant le système nerveux central.

## Situations pratiques

Quelle que soit l'intervention à effectuer, le médecin et le personnel qui l'assiste doivent respecter en tout temps les mesures de précaution de base, afin de se protéger et de protéger le patient de toute exposition possible aux maladies infectieuses transmissibles par le sang, les liquides biologiques et les sécrétions.

Comme en fait foi le tableau ci-après, les précautions de base comprennent le lavage des mains, l'utilisation d'équipement de protection personnelle (masques, blouses, gants, protection oculaire, etc.) et la manipulation sécuritaire des objets tranchants et piquants. D'autres précautions s'imposent selon la catégorie d'interventions.

**TABEAU II – MESURES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER**

| Interventions                                                                                                                                                                                                                                        | Caractéristiques                                                                                              | Mesures                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Première catégorie</b>                                                                                                                                                                                                                            | Site infecté (incision et drainage d'un abcès sous-cutané, exérèse de kyste sébacé infecté, onyctomie, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder au lavage des mains;</li> <li>• Porter des gants propres;</li> <li>• Nettoyer et désinfecter le site opératoire;</li> <li>• Poser un champ propre, en cas d'écoulement de liquides biologiques;</li> <li>• Utiliser des instruments stériles;</li> <li>• Porter une blouse, un masque et des lunettes protectrices, en cas d'éclaboussures de liquides biologiques.</li> </ul>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | Site propre, sans infection active évidente (excision de lipome, exérèse de kyste sébacé, etc.).              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brosser les mains avec un savon liquide antiseptique pendant au moins deux minutes (voir section <i>Stade préopératoire</i>);</li> <li>• Porter des gants stériles;</li> <li>• Poser un champ stérile;</li> <li>• Utiliser des instruments stériles;</li> <li>• Porter une blouse, un masque et des lunettes protectrices, en cas d'éclaboussures de liquides biologiques.</li> </ul> |
| <b>Deuxième et troisième catégories,</b><br>y compris interventions avec tumescence de la première catégorie                                                                                                                                         |                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre les mêmes mesures de prévention qui sont appliquées dans le milieu hospitalier;</li> <li>• Ces mesures s'appliquent aussi à l'endoscopie.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Pour des renseignements plus exhaustifs, veuillez vous référer au lien suivant: <a href="http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf">http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf</a></i> |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



## La tenue du dossier

Il faut constituer un dossier pour chaque patient qui subit une intervention médicale ou chirurgicale en milieu extrahospitalier, comme pour toute personne qui consulte le médecin. Ce dossier doit être conforme au *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux des médecins ainsi que des autres effets* et doit respecter les recommandations formulées par le CMQ dans le guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC* (ces deux documents sont accessibles dans le site Web du Collège: [www.cmq.org](http://www.cmq.org) – section Membres, Publications).

Rappelons que les rapports d'anatomopathologie et les comptes rendus opératoires de chirurgie majeure doivent être conservés 10 ans.

### Pour les interventions de la première catégorie

Comme les interventions classées dans la première catégorie sont mineures et effectuées sous anesthésie locale ou topique, le dossier doit contenir l'observation médicale, le protocole d'intervention, la demande d'analyses anatomopathologiques et le rapport du laboratoire, s'il y a lieu, ainsi qu'un document attestant du consentement libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de la personne habilitée à donner ce consentement.

**L'observation médicale** doit comprendre :

- le motif de l'intervention;
- les allergies et les antécédents pertinents;
- la médication courante incluant les produits naturels ou médicaments en vente libre;
- la description détaillée de la symptomatologie relative à l'affection justifiant l'intervention ou les circonstances de l'intervention de dépistage;
- la description de la lésion, ainsi que les signes positifs observés et les éléments négatifs pertinents notés lors de l'examen;
- les paramètres fondamentaux, s'il y a lieu, selon le motif de l'intervention;
- le diagnostic ou, s'il n'a pas été établi, un diagnostic différentiel.

**Le protocole de l'intervention** doit être rédigé ou dicté immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent. Il doit contenir divers renseignements, dans la mesure où ces éléments sont pertinents à l'intervention pratiquée, entre autres :

- le diagnostic justifiant l'intervention ou les circonstances de l'intervention de dépistage;
- l'intervention effectuée;
- l'agent anesthésique utilisé (le nom, la concentration, la quantité) et le site anesthésié;
- le genre de préparation et de désinfection du site opératoire;
- la technique opératoire employée;
- le compte rendu de l'état du patient pendant l'intervention, les complications peropératoires ou les incidents imprévus, le cas échéant, ainsi que l'évaluation des pertes sanguines.

Dans le cas de l'excision d'une lésion, par exemple, le protocole de l'intervention doit également indiquer si les tissus prélevés ont été envoyés au laboratoire d'anatomopathologie. Il doit contenir le nom de toutes les personnes qui ont participé à l'intervention (chirurgiens, assistants) et, au besoin, indiquer leur rôle. Ce protocole peut être consigné sur les feuilles où sont inscrites les observations et les notes de suivi. Pour les interventions de liposuccion, il faut inclure le bilan des ingesta et des excréta, y compris les liquides infusés pour la tumescence et les liquides extraits par la succion.

Lorsqu'une analyse anatomopathologique est requise, il faut inclure la demande dans le dossier ainsi que le rapport du pathologiste. Cette demande doit indiquer :

- le nom du médecin, son numéro de permis d'exercice et son numéro de téléphone;
- l'identité du patient (le nom et la date de naissance; l'adresse et le numéro d'assurance maladie sont souhaitables);
- la date du prélèvement;
- le type d'intervention pratiquée;
- le diagnostic établi, sinon le diagnostic différentiel;
- la nature et la provenance des tissus prélevés;
- tous les autres renseignements cliniques pertinents.

### Pour les interventions des deuxième et troisième catégories

Le dossier médical des patients qui subissent une intervention appartenant à la deuxième ou à la troisième catégorie doit contenir la même information que celle consignée pour les interventions de la première catégorie, ainsi que les renseignements suivants :

- l'évaluation des voies aériennes supérieures;
- le protocole de sédation-analgésie ou d'anesthésie (*voir le tableau III*);
- les résultats des analyses complémentaires requises par l'état du patient;
- les rapports des consultations médicales pertinentes ou en lien avec une condition ou une médication modifiant le niveau de risque;
- une note décrivant l'état du patient après l'intervention et à son départ, ainsi que la médication prescrite.

Si la rédaction de l'observation médicale date de plus de quatre semaines, le chirurgien rédige une note préopératoire faisant le point sur l'état du patient, immédiatement avant l'intervention chirurgicale.

Si l'intervention requiert une anesthésie générale, péridurale, rachidienne ou caudale, il faut aussi verser au dossier les rapports des examens complémentaires demandés, notamment l'électrocardiogramme pour le patient âgé de plus de 40 ans ou le test de grossesse requis avant toute intervention chirurgicale non urgente pouvant provoquer l'interruption d'une grossesse connue ou possible.

La durée de validité des examens complémentaires ne devrait pas dépasser quatre mois, **si l'état de santé du patient demeure inchangé.**



**TABEAU III – INFORMATIONS À CONSIGNER DANS LE PROTOCOLE DE SÉDATION-ANALGÉSIE ET D'ANESTHÉSIE \***

| Interventions sous sédation-analgésie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Interventions sous anesthésie générale ou régionale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les facteurs de risque liés à l'administration des agents sédatifs et à l'examen ou à l'intervention, visant à déterminer l'état physique du patient, selon la classification de l'ASA;</li> <li>• La masse et la taille du patient;</li> <li>• La médication donnée (dose, voie et heure d'administration);</li> <li>• Les signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire) et l'heure des lectures;</li> <li>• Le taux de saturation capillaire en oxygène et l'heure des lectures;</li> <li>• La description périodique de l'état de conscience;</li> <li>• La description de toutes les réactions défavorables, le cas échéant;</li> <li>• La concentration et le débit de l'oxygène administré, le cas échéant.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'information relative à l'évaluation préanesthésique;</li> <li>• La classification de l'état physique du patient;</li> <li>• La médication reçue comme mesure préanesthésique et préchirurgicale ou précédant l'intervention;</li> <li>• La méthode d'anesthésie employée;</li> <li>• La date et l'heure du début et de la fin de l'anesthésie, de l'intervention ainsi que du départ de la salle de réveil;</li> <li>• Les signes vitaux;</li> <li>• La médication administrée;</li> <li>• Les solutés perfusés;</li> <li>• Le sang ou les produits sanguins transfusés;</li> <li>• Les manifestations cliniques survenues au cours de l'anesthésie;</li> <li>• Les pertes sanguines;</li> <li>• La nature de l'intervention pratiquée;</li> <li>• Le nom du médecin ayant compétence en anesthésie-réanimation ou de l'anesthésiologiste et de ses assistants, le cas échéant;</li> <li>• La description de l'état du patient à la fin de l'anesthésie et au moment de son départ autorisé par le médecin responsable de l'anesthésie.</li> </ul> |
| <p>* Se référer aux lignes directrices du Collège des médecins du Québec, Utilisation de la sédation-analgésie, novembre 2009.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## Le consentement

Selon le droit en vigueur, il est obligatoire au Québec d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal avant toute intervention.

Le *Code civil du Québec* établit des règles générales concernant le consentement aux soins, qui s'appliquent quels que soient le lieu et la nature des soins. On y fait cependant certaines distinctions, selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé du patient.

**Si les soins ne sont pas requis** par l'état de santé du patient (traitements de médecine et de chirurgie esthétiques, expérimentation et dons d'organes), le patient doit être informé de tous les risques possibles, même s'ils sont rares, et le consentement doit être donné par écrit. Habituellement, il ne peut être donné que par un patient apte et âgé de 14 ans et plus. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le titulaire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents. Une personne mineure de 14 ans et plus peut consentir seule à moins qu'il s'agisse de soins non requis et comportant des risques.

**S'il s'agit de soins requis** par l'état de santé du patient, l'obligation d'informer croît en fonction de la prévalence et de la gravité des complications. Si le patient est inapte et qu'il n'est pas représenté par un mandataire, un tuteur ou un curateur, le consentement peut être donné par un conjoint, ou à défaut du conjoint, par un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur inapte. Il n'y a pas d'obligation à ce que le consentement soit donné par écrit. Une personne mineure de 14 ans et plus peut consentir mais ne peut pas refuser seule des soins qui seraient jugés requis. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire, lorsque la vie de la personne ou son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu à temps.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit, quant à elle, certaines règles en matière de consentement aux interventions chirurgicales et à l'anesthésie s'appliquant aux établissements. Selon cette loi, le consentement à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale doit être attesté par un document écrit, signé par le patient ou son représentant légal et ce document doit faire état de l'obtention des informations appropriées, concernant notamment les risques ou les effets possibles. Cet écrit doit être contresigné par le médecin traitant et conservé dans le dossier du patient. Le dossier doit contenir un document attestant le consentement du patient pour les soins et les services dispensés dans un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre local de services communautaires (CLSC).

Le *Code de déontologie des médecins* précise les obligations des médecins quant au consentement:

- **Article 28**  
*Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.*
- **Article 29**  
*Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.*



Dans son guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, le Collège considère que le dossier d'un patient doit contenir une note attestant que les informations nécessaires à une prise de décision éclairée ont été transmises par le médecin et comprises par le patient ou son représentant légal lorsque la chose est jugée pertinente, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, d'une intervention chirurgicale sous sédation-analgésie, d'anesthésie régionale ou d'anesthésie générale.

Maintenant que plusieurs interventions, dont la réalisation était autrefois réservée aux établissements, peuvent être effectuées en dehors de ceux-ci, la question se pose de savoir si les mêmes exigences devraient s'appliquer partout, en matière de consentement écrit notamment.

En pratique et à l'usage, il s'est avéré qu'un formulaire de consentement dûment signé ne peut, à lui seul, prouver que le consentement a été libre et éclairé. Une courte note versée au dossier, résumant les informations transmises et les échanges auxquels elles ont donné lieu, est présentement jugée beaucoup plus pertinente à cet égard. Le formulaire de consentement complète les renseignements fournis verbalement. Il s'agit d'un ajout à l'information verbale transmise et non d'une mesure visant à la remplacer.

En somme, la loi exige un consentement écrit si les soins ne sont pas requis par l'état de santé du patient ainsi que pour les anesthésies, les interventions chirurgicales et les soins dispensés en établissement. Par mesure de prudence, le Collège recommande au médecin de mettre une note explicative au dossier et d'obtenir un consentement écrit pour toute intervention médicale ou chirurgicale effractive, qu'elle soit effectuée dans un but diagnostique, thérapeutique ou esthétique.

Lorsque le consentement porte à la fois sur la sédation-analgésie et sur l'intervention que cette dernière permet, l'information transmise doit inclure les risques de l'intervention et ceux de la sédation-analgésie, celle-ci pouvant comporter des risques importants, même si l'intervention est mineure.

## La gestion des déchets biomédicaux

Le médecin doit s'assurer du respect du *Règlement sur les déchets biomédicaux*. Dans le domaine de la chirurgie, les déchets biomédicaux habituels comprennent les déchets anatomiques humains et les déchets non anatomiques.

**Les déchets anatomiques humains** sont constitués par une partie du corps ou d'un de ses organes, à l'exception des phanères, du sang et des liquides biologiques. Ils devraient être rares en chirurgie extrahospitalière, car la majorité des tissus prélevés sont envoyés à des laboratoires d'anatomopathologie. Toutefois, lorsqu'il y en a, ces déchets doivent être traités par incinération. Il faut alors :

- déposer les déchets dans des contenants rigides, scellés et étanches;
- conserver les contenants dans un lieu réfrigéré à une température inférieure à 4 °C, selon les recommandations courantes;
- apposer une étiquette d'identification conforme sur chaque contenant expédié à un titulaire d'un certificat d'autorisation pour l'exploitation d'une installation de traitement par incinération ou d'entreposage de déchets biomédicaux.

**Les déchets non anatomiques** comprennent les objets piquants, tranchants ou cassables qui ont été en contact avec du sang, un liquide ou des tissus biologiques provenant de soins médicaux, ainsi que les contenants de sang ou le matériel ayant été imbibé de sang provenant de soins médicaux. Les sacs de solutés et les tubulures n'ayant pas été imbibées de sang ne sont pas considérés comme des déchets non anatomiques.

Les déchets non anatomiques doivent être traités par désinfection ou incinération. À cette fin, il faut :

- déposer les déchets dans des contenants rigides, scellés, étanches et, selon le cas, résistants à la perforation;
- apposer l'étiquette d'identification appropriée sur les contenants destinés au traitement;
- expédier les contenants à un titulaire d'un certificat d'autorisation pour l'exploitation d'une installation de traitement, par désinfection ou incinération, ou d'entreposage de déchets biomédicaux.

Il est défendu de rejeter des déchets biomédicaux dans un réseau d'égout ou de les comprimer mécaniquement.



## La protection du personnel de santé

Le personnel de santé devant participer aux interventions ou manipulant des liquides biologiques doit avoir reçu les vaccins recommandés habituels ou en avoir reçu une recommandation claire :

- vaccin contre l'hépatite B;
- vaccin toxoïde contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (rappel aux 10 ans);
- vaccin contre l'influenza, selon les circonstances;
- vaccin contre la rubéole pour protéger les femmes en âge de procréer.

En cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques, une procédure d'intervention et de suivi doit exister au sein de la clinique.

Les recommandations détaillées se retrouvent dans le *Guide pour la prophylaxie aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, accessible à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-333-01.pdf>

## Les prélèvements

Tout tissu prélevé au cours d'une intervention effectuée en milieu extrahospitalier devrait être soumis à un laboratoire d'anatomopathologie et faire l'objet d'un rapport écrit du pathologiste qui a procédé à leur analyse. Peuvent faire exception à cette règle les éléments suivants :

- la peau saine;
- les kystes sébacés ou épidermoïdes;
- les acrochordons, les xanthélasmas et les xanthomes;
- les ongles;
- toute lésion qui ne laisse aucun doute raisonnable sur sa nature bénigne.

La réglementation du Québec concernant la gestion des déchets biomédicaux est disponible au <http://www.mddep.gouv.qc.ca/matieres/biomedicaux/index.htm>

## Les registres

Le médecin qui pratique des interventions effractives en milieu extrahospitalier doit constituer et tenir des registres dans lesquels il consigne divers renseignements.

### Registre des patients

Pour chaque patient qui subit une intervention, le médecin doit indiquer :

- l'identité de la personne (numéro de dossier);
- la nature et la date de l'intervention effectuée;
- la méthode d'anesthésie utilisée ainsi que la mention, s'il y a lieu, de l'envoi de tissus à un laboratoire d'anatomopathologie.

Toute information sur un incident, un accident ou des complications survenus pendant la prestation des soins et pour lesquels un transfert vers un centre hospitalier a été requis, peut s'avérer essentielle.

Ce registre doit servir à s'assurer du suivi de chaque demande d'examen anatomopathologique.

### Registre de drogues et autres substances

Le médecin qui utilise des drogues contrôlées, des stupéfiants et des benzodiazépines d'usage parentéral, au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, doit tenir un registre dans lequel il inscrit :

- la nature et la quantité des substances en sa possession;
- l'identité de tous les patients à qui il a donné ou administré ces substances;
- la nature et la quantité des substances administrées ou dont il s'est départi;
- la façon dont il s'est défait de ces substances et la date de leur disposition.

### Fiche de contrôle

Le médecin devrait aussi avoir une fiche de contrôle pour chaque appareil, y compris le système de ventilation. Cette fiche devrait contenir les données relatives à l'entretien, au contrôle de la qualité et aux vérifications ainsi que les dates auxquelles ils sont effectués.

## Les algorithmes et référentiels de soins, les politiques et les procédures

Dans tous les cabinets où il se pratique des interventions médicales ou chirurgicales effractives, le médecin devrait élaborer pour le personnel les procédures concernant :

- la gestion des déchets biomédicaux;
- la désinfection et la stérilisation des appareils et des instruments;
- l'évacuation d'urgence;
- l'autorisation de congé;
- l'arythmie et l'arrêt cardiorespiratoire;
- le choc anaphylactique;
- l'hyperthermie maligne (interventions sous anesthésie générale);
- le transfert en milieu hospitalier (interventions avec sédation-analgésie, anesthésie régionale ou anesthésie générale);
- l'intervention en cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques;
- la gestion des voies respiratoires en cas de ventilation difficile, si l'intubation est impossible.



## Les mesures de sécurité

### Radiation

Seul le personnel dûment formé doit faire fonctionner les appareils de radiographie. Il faut avoir des dispositifs et des vêtements de protection contre les radiations pour les patients et l'équipe soignante.

### Appareils électriques

Seuls les appareils électriques approuvés par la CSA doivent être utilisés. Chaque appareil devrait faire l'objet d'un entretien préventif avec registre. On ne devrait pas se servir de rallonges électriques dans une salle d'opération.

### Laser

Seuls les médecins et les personnes dûment formées devraient faire fonctionner les appareils à laser. Un laser qui n'est pas utilisé doit être mis en mode d'attente. Lorsqu'on se sert d'un appareil à laser, il faut le faire savoir à l'aide d'une signalisation sur la porte d'entrée de la pièce et s'assurer que :

- toutes les personnes présentes portent des lunettes, dont les caractéristiques varient selon le type de laser utilisé;
- des compresses humides, des lunettes spéciales ou un écran oculaire protègent les yeux du patient, sauf pour la chirurgie oculaire;
- les instruments utilisés ont un fini mat ou sont faits en ébonite;
- les personnes présentes portent un masque, et la fumée est éliminée à l'aide d'un appareil d'évacuation avec entretien périodique des filtres;
- aucun produit anesthésique inflammable, aucune solution alcoolisée ni aucune éponge sèche n'est utilisé;
- un bassin d'eau stérile et un extincteur sont à portée de main;
- le tube endotrachéal est à l'épreuve du laser, et le ballonnet du tube rempli d'une solution saline. Tout tube utilisé pour administrer de l'oxygène au patient doit aussi être à l'épreuve du laser.

Pour la chirurgie effectuée à l'aide du laser excimer, il faut s'assurer que les instruments sont jumelés à un système d'alimentation électrique continue (U.P.S. – *Uninterrupted Power Supply*). De plus, il faut changer la lame du microkératome pour chaque patient.

## Les ressources humaines et matérielles

Les recommandations relatives aux ressources requises pour des interventions en milieu extrahospitalier sont fondées sur les normes de bonnes pratiques cliniques reconnues, entre autres, par les diverses associations canadiennes et américaines d'agrément, les associations professionnelles concernées par la pratique des soins périopératoires, l'Association canadienne de normalisation (CSA) et les guides d'exercice du Collège des médecins du Québec. Elles correspondent aux pratiques habituellement en vigueur dans les centres hospitaliers (*voir le tableau IV*).

**TABLEAU IV – RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES REQUISES POUR LES INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER \***

| Ressources humaines | Interventions                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | Première catégorie                                                                                                    | Deuxième catégorie<br><small>Y compris interventions avec tumescence de la première catégorie (1B)</small>                       | Troisième catégorie                                                                                                                                                                                                            |
|                     | Interventions réalisées par le médecin sans l'assistance d'une autre personne, sauf si l'état du patient le requiert. | Présence d'une autre personne qualifiée pour assister le médecin, selon la nature des interventions.                             |                                                                                                                                                                                                                                |
|                     |                                                                                                                       |                                                                                                                                  | Personne qualifiée pour assurer le service interne et le service externe (personnel non brossé), s'il y a lieu.                                                                                                                |
|                     |                                                                                                                       | Pour les patients classés P1 et P2: assistance d'une personne formée pour assurer la surveillance continue du patient.           | Surveillance immédiate du patient par un anesthésiologiste ou un médecin compétent en anesthésie-réanimation. Ce dernier doit pouvoir compter en tout temps sur l'assistance d'une personne formée en assistance anesthésique. |
|                     |                                                                                                                       | Pour les patients classés P3: surveillance immédiate par un anesthésiologiste ou un médecin compétent en anesthésie-réanimation. |                                                                                                                                                                                                                                |

\* Ajouter à cette classification la notion de niveau de risque du cabinet ou de la clinique.



**TABLEAU IV – RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES REQUISES POUR LES INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER \* (suite)**

| Ressources matérielles           | Interventions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                  | Première catégorie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Deuxième catégorie<br><small>Y compris interventions avec tumescence de la première catégorie (1B)</small> | Troisième catégorie            |
| <b>Lieu</b>                      | Le cabinet de consultation, si les interventions sont peu fréquentes.<br><br>Si des interventions invasives sont fréquentes, elles requièrent les mêmes ressources que les interventions de la deuxième catégorie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Salle réservée à cette fin ou bloc opératoire, selon le type et la fréquence des interventions.            | Bloc opératoire                |
| <b>Espace</b>                    | <p>Prévoir l'éventualité d'une évacuation sur civière en cas de complications.</p> <p>Une salle suffisamment grande pour assurer la liberté des mouvements autour de la table d'examen ou de la civière, une fois l'équipement installé.</p> <p>Le bloc opératoire devrait être situé en dehors de la zone comprenant le cabinet de consultation et sa salle d'attente ainsi que le secrétariat.<br/>Le bloc comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une salle d'attente et un vestiaire;</li> <li>• une salle de nettoyage et de décontamination avec une aire de stérilisation-désinfection-entreposage;</li> <li>• une ou des salles de chirurgie avec une aire de brossage;</li> <li>• une salle de réveil ou d'observation.</li> </ul> |                                                                                                            |                                |
| <b>Murs, plafond et plancher</b> | Matériaux lisses, facilement lavables, qui ne dégagent ni particule ni fibre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                |
| <b>Éclairage</b>                 | Plafonnier ou lampe dirigeable, selon la nature des interventions.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Plafonnier ou lampe de chirurgie dirigeable, selon la nature des interventions.                            | Lampe de chirurgie dirigeable. |
| <b>Fenêtres</b>                  | Elles doivent être fermées en permanence pendant la chirurgie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Elles doivent être fermées en permanence.                                                                  |                                |
| <b>Évier</b>                     | Lavabo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Évier pour le brossage des mains pourvu d'un robinet avec commandes « mains libres ».                      |                                |

\* Ajouter à cette classification la notion de niveau de risque du cabinet ou de la clinique.

**TABLEAU IV – RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES REQUISES POUR LES INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER \* (suite)**

| Ressources matérielles                         | Interventions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                | Première catégorie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Deuxième catégorie<br><small>Y compris interventions avec tumescence de la première catégorie (1B)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Troisième catégorie |
| <b>Rangement</b>                               | Armoire fermée à clé, selon les médicaments conservés. Armoire à narcotiques barrée selon les normes reconnues.                                                                                                                                                                                                                                                                 | Armoire fermée pour le matériel stérile, les solutés et les médicaments.<br><br>Possibilité de fermer à clé l'armoire, selon les médicaments conservés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
| <b>Ventilation, chauffage et climatisation</b> | Selon les normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) pour un cabinet de consultation, six changements d'air à l'heure, dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• six changements d'air/heure;</li> <li>• deux changements d'air frais/heure;</li> <li>• T : 24 °C;</li> <li>• humidité relative : de 30 % à 60 %.</li> </ul>                               | Pression d'air positive par rapport à celle dans les corridors et les aires adjacentes, sauf dans les salles de bronchoscopie où la pression doit être négative.<br><br>Approvisionnement en air contrôlé et filtré.<br><br>Système permettant des changements d'air et assurant une pression relative positive, selon les normes CSA : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 changements d'air à l'heure;</li> <li>• six changements d'air frais à l'heure;</li> <li>• T : entre 17 et 27 °C;</li> <li>• humidité relative : de 45 % à 55 %.</li> </ul><br>Dans une salle réservée à l'endoscopie, les normes sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 changements d'air à l'heure;</li> <li>• six changements d'air frais à l'heure;</li> <li>• T : entre 20 et 24 °C;</li> <li>• humidité relative : de 30 % à 60 %.</li> </ul><br>Système de ventilation muni de conduits d'approvisionnement et d'évacuation distincts. Bouches d'aération au plafond et bouches d'évacuation près du plancher.<br><br>Système d'évacuation des gaz anesthésiques conforme aux normes CSA. |                     |
| <b>Équipement de base</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Table d'examen ou civière;</li> <li>• Table pour les instruments chirurgicaux;</li> <li>• Stéthoscope et sphymomanomètre</li> <li>• Source d'oxygène comprimé (souhaitable);</li> <li>• DEA;</li> <li>• Matériel nécessaire à la ventilation manuelle, entre autres ballon-masque, canules nasopharyngées ou oropharyngées;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Civière ou table de chirurgie;</li> <li>• Table pour les instruments chirurgicaux;</li> <li>• Stéthoscope et sphymomanomètre;</li> <li>• Source d'oxygène comprimé et réserve;</li> <li>• Solutés et tubulures appropriés;</li> <li>• Capnographe (souhaitable pour interventions de la deuxième catégorie);</li> <li>• Saturomètre;</li> <li>• Matériel nécessaire à la ventilation manuelle, entre autres ballon-masque, canules nasopharyngées ou oropharyngées et matériel pour ventilation difficile;</li> <li>• Appareil d'aspiration muni des cathéters ou des canules appropriés;</li> <li>• Appareil d'alimentation électrique de secours;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |

\* Ajouter à cette classification la notion de niveau de risque du cabinet ou de la clinique.



**TABLEAU IV – RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES REQUISES POUR LES INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER \* (suite)**

| Ressources matérielles                                                                              | Interventions                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | Première catégorie                                                                                                                               | Deuxième catégorie<br><small>Y compris interventions avec tumescence de la première catégorie (1B)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Troisième catégorie                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Équipement de base (suite)</b>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solutés et tubulures appropriés;</li> <li>Matériel pédiatrique, si nécessaire.</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Matériel d'intubation endotrachéale (laryngoscope, tubes endotrachéaux de différents diamètres et stylets dilateurs appropriés), en cas d'anesthésie régionale ou générale.</li> <li>Moniteur-défibrillateur cardiaque avec stimulateur externe, pour patients présentant une affection cardiorespiratoire ou un risque de dysrythmie.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Moniteur-défibrillateur cardiaque avec stimulateur externe;</li> <li>Système de monitoring non effractif de la pression artérielle;</li> <li>Matériel de surveillance de la température (disponible);</li> <li>Respirateur.</li> </ul>                             |
| <b>Plateau de médicaments d'urgence</b><br>N.B. : Cette liste peut être modifiée selon la pratique. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atropine;</li> <li>Adrénaline;</li> <li>Antihistaminiques;</li> <li>Salbutamol et aérochambre.</li> </ul> | Ajout de : <ul style="list-style-type: none"> <li>Adénosine;</li> <li>Amiodarone;</li> <li>Antagonistes : naloxone, flumazénil;</li> <li>Aténol ou propranolol ou métoprolol;</li> <li>Bicarbonate de sodium (8,4 %);</li> <li>Chlorure de calcium (10 %);</li> <li>Dextrose (50 %);</li> <li>Benzodiazépines (midazolam ou diazépam ou lorazépam);</li> <li>Diltiazem ou vérapamil;</li> <li>Diphenhydramine;</li> <li>Dobutamine;</li> <li>Eau stérile;</li> <li>Éphédrine;</li> <li>Furosémide;</li> <li>Glucagon;</li> <li>Hydrocortisone;</li> <li>Insuline;</li> <li>Lidocaïne;</li> <li>Mannitol (20 %);</li> <li>Nitroglycérine;</li> <li>Nitroprusside.</li> </ul> | Ajout de : <ul style="list-style-type: none"> <li>Procainamide;</li> <li>Sulfate de magnésium;</li> <li>Thiopental;</li> <li>Vasopressine;</li> <li>Vérapamil;</li> <li>Dantrolène en dose totale requise, en cas d'anesthésie générale avec agents anesthésiques volatils ou succinylcholine.</li> </ul> |

\* Ajouter à cette classification la notion de niveau de risque du cabinet ou de la clinique.

## Conclusion

La demande croissante de la population pour des soins de santé contribuera à accroître considérablement le volume et la complexité des interventions en milieu extrahospitalier au cours des prochaines années.

Aussi, pour assurer la qualité des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques effectuées en dehors du milieu hospitalier, il est primordial de mettre en place un environnement sécuritaire. Le dossier du patient, les divers registres, les fiches d'entretien du matériel et de l'équipement ainsi que tout autre document pertinent devraient pouvoir témoigner du respect des normes énoncées dans ce document.



## BIBLIOGRAPHIE

ACCREDITATION ASSOCIATION FOR AMBULATORY HEALTH CARE. *2011 Accreditation Handbook for ambulatory health care*, Skokie, IL: the Association, 2011. [En ligne], [http://www.aaahc.org/eweb/dynamicpage.aspx?site=aaahc\\_site&webcode=products\\_main](http://www.aaahc.org/eweb/dynamicpage.aspx?site=aaahc_site&webcode=products_main)

AGRÉMENT CANADA. *Accès aux normes*, Ottawa : l'Agrément, 2011. [En ligne], <http://www.accreditation.ca/programmes-d-agrements/achat-de-normes/>

AHMAD, S. «Office-based – is my anesthetic care any different? Assessment and management», *Anesthesiology clinics*, vol. 28, n° 2, juin 2010, p. 369-384.

AMERICAN ASSOCIATION FOR ACCREDITATION OF AMBULATORY SURGERY FACILITIES, INC. *For surgery facilities*, Gurnee, IL: the Association, 2011. [En ligne], <http://www.aaaasf.org/surgicenters.php>

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Guidelines for... optimal ambulatory surgical care and office-based surgery*, 3<sup>e</sup> éd., Chicago: the College, mai 2000, 28 p.

*Id. Office-based surgery*, Chicago, IL: the College, révisé 31 mars 2005, 3 p. [En ligne], <http://www.facs.org/ahp/views/officebasedsurg.html>

*Id. Patient safety principles for office-based surgery utilizing moderate sedation/analgesia, deep sedation/analgesia, or general anesthesia*, Chicago: the College, 2003, 2 p. [En ligne], <http://www.facs.org/patientsafety/patientsafety.html>

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA TASK FORCE ON OFFICE-BASED ANESTHESIA. ASA COMMITTEE ON AMBULATORY SURGICAL CARE. *Office-based anesthesia: considerations for anesthesiologists in setting up and maintaining a safe office anesthesia environment*, Park Ridge, IL: the Society, 2000. [En ligne], <https://ecommerce.asahq.org/p-319-office-based-anesthesia-considerations-in-setting-up-and-maintaining-a-safe-office-anesthesia-environment.aspx> (Page consultée le 16 août 2010)

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. TASK FORCE ON SEDATION AND ANALGESIA BY NON-ANESTHESIOLOGISTS. *Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists*, Park Ridge, IL: the Society, octobre 2001, 31 p.

ASSOCIATION CANADIENNE D'ACCREDITATION POUR LES LOCAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, INC. *Critères d'accréditation d'installation de chirurgie ambulatoire*, [s. l.] : l'Association, [s. d.], 12 p. [En ligne], [http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=6&sqi=2&ved=OCDOQFjAF&url=http%3A%2F%2Fcaasf.org%2Fdownloads%2Fcriteria\\_fr.doc&rct=j&q=association%20canadienne%20d'accr%C3%A9ditation%20des%20locaux%20de%20chirurgie%20ambulatoire&ei=pmn6Ta-IOsTaOQGD-pnVAw&usq=AFQjCNHkaZHnvtsspb7En648ozWfZzCkYw](http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=6&sqi=2&ved=OCDOQFjAF&url=http%3A%2F%2Fcaasf.org%2Fdownloads%2Fcriteria_fr.doc&rct=j&q=association%20canadienne%20d'accr%C3%A9ditation%20des%20locaux%20de%20chirurgie%20ambulatoire&ei=pmn6Ta-IOsTaOQGD-pnVAw&usq=AFQjCNHkaZHnvtsspb7En648ozWfZzCkYw)

ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. *Z314.13-01 : Pratiques normalisées recommandées pour la stérilisation d'urgence (stérilisation rapide)*, Toronto : l'Association, 2002, 21 p.

*Id. Z314.3-F09 : Stérilisation efficace à la vapeur dans les établissements de soins de santé*, Mississauga, Ontario : l'Association, 2009, 132 p.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE SALLES D'OPÉRATION DU CANADA. *Normes de pratique recommandées, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers périopératoires*, 5<sup>e</sup> éd., Toronto : l'Association, 2003, 294 p.

BARIE, P.S. «Infection control practices in ambulatory surgical centers», *JAMA*, vol. 303, n° 22, 9 juin 2010, p. 2295-2297.

BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL. *Guidelines for infection prevention and control*, Vancouver: the Centre, 2004, 40 p. [En ligne], [http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/84DA413D-C943-4B5F-94F1-794C5B76C9CE/0/InfectionControl\\_GF\\_IC\\_In\\_Physician\\_Office.pdf](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/84DA413D-C943-4B5F-94F1-794C5B76C9CE/0/InfectionControl_GF_IC_In_Physician_Office.pdf)

BRITISH COLUMBIA. MINISTRY OF HEALTH. PATIENT SAFETY BRANCH. *Best practice guideline for the cleaning, disinfection and sterilization of medical devices in health authorities*, Victoria, B.C.: the Ministry, mars 2007, 69 p. [En ligne], [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/BPGuidelines\\_Cleaning\\_Disinfection\\_Sterilization\\_MedicalDevices.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/BPGuidelines_Cleaning_Disinfection_Sterilization_MedicalDevices.pdf)

BROOKS, S.C., K.K. LAM et L.J. MORRISON. «Out-of-hospital cardiac arrests occurring in Southern Ontario health care clinics: bystander cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator use», *Canadian Family Physician*, vol. 56, n° 6, juin 2010, p. e213-e218. [En ligne], <http://www.cfp.ca/content/56/6/e213.full.pdf+html>

BROSSEAU, P. et M. HÉROUX. *La chirurgie d'un jour et son organisation*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 72 p., ISBN 2-550-24017-0.

CANADIAN ANESTHESIOLOGISTS' SOCIETY = SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES. «Guidelines to the practice of anesthesia = Guide d'exercice de l'anesthésie», *Canadian Journal of Anesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, vol. 58, n° 1, 2011, p. 74-107. [En ligne], [http://www.cas.ca/English/Page/Files/97\\_Guidelines\\_2011.pdf](http://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Guidelines_2011.pdf)

CANADIAN STANDARDS ASSOCIATION. Z317.2-01: *Special requirements for heating, ventilation, and air conditioning (HVAC) systems in health care facilities*, Mississauga, Ont.: the Association, septembre 2001, 45 p., ISBN 1-55324-450-8.

Id. Z386-08: *Safe use of lasers in health care facilities*, 3<sup>e</sup> éd., Mississauga, Ont.: the Association, 2008, 114 p.

CANIZARES, M. et collab. «A population-based study of ambulatory and surgical services provided by orthopaedic surgeons for musculoskeletal conditions», *BMC Health Services Research*, vol. 9, 2009, p. 56.

CAPUZZO, M. et collab. «Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia», *Anesthesia and Analgesia*, vol. 105, n° 2, août 2007, p. 435-442.

COLDIRON, B. et collab. «Adverse event reporting: lessons learned from 4 years of Florida office data», *Dermatologic Surgery*, vol. 31, n° 9, Part 1, septembre 2005, p. 1079-1093.

COLDIRON, B., C. HEALY et N.I. BENE. «Office surgery incidents: what seven years of Florida data show us», *Dermatologic Surgery*, vol. 34, n° 3, mars 2008, p. 285-292.

COLDIRON, B., E. SHREVE et R. BALKRISHNAN. «Patient injuries from surgical procedures performed in medical offices: three years of Florida data», *Dermatologic Surgery*, vol. 30, n° 12, Part 1, décembre 2004, p. 1435-1443.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Évaluation préopératoire : lignes directrices*, Montréal : le Collège, octobre 2000, 11 p.

Id. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC : guide d'exercice*, Montréal : le Collège, septembre 2006, 48 p. [En ligne], [http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/AAA96FBF6BDC43B7A65FCF94300012D8.ashx?sc\\_lang=fr-CA&71122](http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/AAA96FBF6BDC43B7A65FCF94300012D8.ashx?sc_lang=fr-CA&71122)

Id. *Le consentement aux soins. Rédigé par Dr Pauline Lesage-Jarjoura*, Montréal : le Collège, mars 1996, 15 p.

Id. *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*, 2005, G.O. 2, 895. [En ligne], <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/~media/9666924FC0464B5D94A6C3E174465788.ashx?71122>

Id. *Utilisation de la sédation-analgésie : lignes directrices*, Montréal : le Collège, novembre 2009, 23 p., ISBN 978-2-920548-71-8. [En ligne], [http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/B1ADD3C487074CC299650D32BA0FB957.ashx?sc\\_lang=fr-CA&71106](http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/B1ADD3C487074CC299650D32BA0FB957.ashx?sc_lang=fr-CA&71106)

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. DIRECTION DES ENQUÊTES. « Risques d'infection associés aux interventions en cabinet de consultation », *Le Collège*, vol. 38, n° 4, janvier 1999, p. 30.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. SERVICE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE. « La stérilisation des instruments chirurgicaux en cabinet de consultation », *Le Collège*, vol. 36, n° 4, janvier 1997, p. 29.



COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ALBERTA. Cleaning, disinfecting and sterilizing office instruments, Edmonton: the College, janvier 1994, 6 p.

*Id. Extended stay non-hospital surgical facility: standards & guidelines*, Edmonton: the College, novembre 2001, 31 p.

*Id. Non-hospital surgical facility: standards & guidelines*, Edmonton, AB: the College, 2004, révisé novembre 2009-2, 64 p. [En ligne], [http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro\\_QofC\\_Non-Hospital/NHSF\\_Standards.sflb.ashx](http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro_QofC_Non-Hospital/NHSF_Standards.sflb.ashx)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *Manual for the accreditation of non-hospital medical/ surgical facilities*, Vancouver: the College, s.n. [En ligne], <https://www.cpsbc.ca>  
Page consultée le 16 avril 2010.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. Non-hospital Medical and Surgical Facilities Committee, *IV procedural sedation and analgesia for adults: guideline*, Vancouver: the College, septembre 2009, 28 p. [En ligne], <https://www.cpsbc.ca/files/u6/NHMSFP-IV-Sedation-for-Adults-Guideline.pdf>

*Id. Laparoscopic adjustable gastric banding: program standards and guidelines*, Vancouver: the College, juillet 2009, révisé en novembre 2010, 38 p. [En ligne], [https://www.cpsbc.ca/files/u6/LAGB\\_Program\\_Guideline\\_FINAL.pdf](https://www.cpsbc.ca/files/u6/LAGB_Program_Guideline_FINAL.pdf)

*Id. Liposuction guideline*, Vancouver: the College, août 2007, 8 p. [En ligne], [https://www.cpsbc.ca/files/u6/Liposuction\\_Guideline.pdf](https://www.cpsbc.ca/files/u6/Liposuction_Guideline.pdf)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF NOVA SCOTIA. *General guidelines for office procedures where procedural sedation is required*, Halifax: the College, mars 2007, 9 p. [En ligne], <http://www.cpsns.ns.ca/LinkClick.aspx?fileticket=02w7eDqeY6A%3D&tabid=92&mid=626>

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. *A practical guide for safe and effective office-based practices*, Toronto: the College, février 2010, 26 p. [En ligne], <http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/SafePractices.pdf>

*Id. Independent health facilities: clinical practice parameters and facility standards: gynaecological procedures*, Toronto: the College, avril 1995, 102 p.

*Id. Independent health facilities: clinical practice parameters and facility standards: laser treatment of benign vascular lesions*, 3<sup>e</sup> éd., Toronto: the College, mars 2009, 62 p. [En ligne], <http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/LaserTreatment.pdf>

*Id. Independent health facilities: clinical practice parameters and facility standards: obstetrics & gynaecology: induced abortion*, 3<sup>e</sup> éd., Toronto: the College, avril 2006, 55 p. [En ligne], [http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/Induced\\_Abortion.pdf](http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/Induced_Abortion.pdf)

*Id. Independent health facilities: clinical practice parameters and facility standards: ophthalmology*, 3<sup>e</sup> éd., Toronto: the College, juin 2004, 166 p. [En ligne], <http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/Ophthalmology.pdf>

*Id. Independent health facilities: clinical practice parameters and facility standards: plastic surgery*, 2<sup>e</sup> éd. Toronto: the College, avril 2009, 88 p. [En ligne], <http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/PlasticSurg.pdf>

*Id. Infection control in the physician's office*, Toronto: the College, 2004, 66 p. [En ligne], [http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Infection\\_Controlv2.pdf](http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Infection_Controlv2.pdf)

*Id. Out-of-hospital premises (OHP) standards*, Toronto: the College, septembre 2010, 40 p. [En ligne], [http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp\\_standards.pdf](http://www.cpsso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf)

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Guide de l'exercice de l'anesthésie = Guide of the practice of anesthesia*, Montréal : la Corporation, mars 1992, 12 p. Texte en français et en anglais présenté tête-bêche.

COYLE, T.T. et collab. «Office-based ambulatory anesthesia: factors that influence patient satisfaction or dissatisfaction with deep sedation/general anesthesia», *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 63, n° 2, février: 2005, p. 163-172.

DRUMMOND, D.C. «Instrument decontamination in the medical office», *Bulletin of the American College of Surgeons*, vol. 77, n° 6, juin 1992, p.18-23.

DRUMMOND, D.C. et A.G. SKIDMORE. «Sterilization and disinfection in the physician's office», *CMAJ*, vol. 145, n° 8, 15 octobre 1991, p. 937-943.

ENDOM, E.E. «Preparing an office practice for pediatrics emergencies», *UpToDate*. [En ligne], <http://www.uptodate.com/> Page consultée le 16 août 2010.

FALLIS, P. *Handbook on infection control in office-based health care and allied services*, Toronto: Canadian Standards Association, 1994, 126 p., ISBN 0-92134-735-9.

FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS. «Report of the Special Committee on Outpatient (office-based) Surgery», *Journal of Medical Licensure and Discipline*, vol. 88, n° 4, 2002, p. 160-174.

FRANKO, F.P. «State laws and regulations for office-based surgery», *AORN Journal*, vol. 73, n° 4, avril 2001, p. 839-840, 843-846.

GRAZER, F.M. et R.H. DE JONG. «Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons», *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 105, n° 1, janvier 2000, p. 436-448.

GROBLER, S. et A. POTGIETER. «Office-based surgery – why it is important», *Continuing Medical Education*, vol. 27, n° 9, septembre 2009, p. 394-396. [En ligne], <http://www.ajol.info/index.php/cme/article/viewFile/50320/39007>

HAUSMAN, L.M. et E.A. FROST. «Office-based surgery: expanding the role of the anesthesiologist», *Middle East Journal of Anesthesiology*, vol. 19, n° 2, juin 2007, p. 291-310.

HAUSMAN, L.M., A.I. LEVINE et M.A. ROSENBLATT. «A survey evaluating the training of anesthesiology residents in office-based anesthesia», *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. 18, n° 7, novembre 2006, p. 499-503.

IVERSON, R.E. «Patient safety in office-based surgery facilities: I. Procedures in the office-based surgery setting», *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 110, n° 5, octobre 2002, p. 1337-1346.

IVERSON, R.E. et D.J. LYNCH. «Patient safety in office-based surgery facilities: II. Patient selection», *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 110, n° 7, décembre 2002, p. 1785-1792.

*Id.* «Practice advisory on liposuction», *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 113, n° 5, 15 avril 2004, p. 1478-1495.

JOUFFROY, L. «Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité», *Annales de chirurgie*, vol. 126, n° 7, septembre. 2001, p. 686-691.

KURREK, M.M. et R.S. TWERSKY. «Office-based anesthesia: how to start an office-based practice», *Anesthesiology Clinics*, vol. 28, n° 2, juin 2010, p. 353-367.

LIBERMAN, A., T. ROTARIUS, et M.A. KURY. «Ambulatory surgery outcomes: a survey of office-based delivery», *Health Care Manager*, vol. 20, n° 2, décembre 2001, p. 32-48.

LIEBERMAN, P. et collab. «The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 126, n° 3, septembre 2010, p. 477-480, e1-42.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

MALAVAUD, S. et N. MARTY. «Le risque infectieux au cabinet médical : une réalité à combattre», *La Presse médicale*, vol. 26, n° 21, 21 juin 1997, p. 1008-1012.

MALDINI, B. et M. MISKULIN. «Outpatient arthroscopic knee surgery under combined local and intravenous propofol anesthesia in children and adolescents», *Paediatric Anaesthesia*, vol. 16, n° 11, novembre 2006, p. 1125-1132.



MANGRAM, A.J. et collab. «Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee», *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 20, n° 4, avril 1999, p. 250-280.

NEW YORK PUBLIC HEALTH COUNCIL. Committee on Quality Assurance in Office-Based Surgery, *Clinical guidelines for office-based surgery (and the Committee report)*, New York: the Council, 2000, 36 p. [En ligne], <http://nysl.nysed.gov/uhtbin/cgisirsi/h3wlbqObug/NYSL/132550082/123>

PARIENTI, J.J. et collab. «Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study», *JAMA*, vol. 288, n° 6, 14 août 2002, p. 722-727.

PAUL, M. et collab. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*, West Sussex, England: Wiley-Blackwell, 2009, 392 p., ISBN 978-1-4051-7696-5.

PERROTT, D.H. «Anesthesia outside the operating room in the office-based setting», *Current Opinion in Anaesthesiology*, vol. 21, n° 4, août. 2008, p. 480-485.

PERROTT, D.H. et collab. «Office-based ambulatory anesthesia: outcomes of clinical practice of oral and maxillofacial surgeons», *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 61, n° 9, septembre 2003, p. 983-996.

QUATTRONE, M.S. «Is the physician office the wild, wild west of health care?», *Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 23, n° 2, avril 2000, p. 64-73.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Centre médical spécialisé (CMS) et Clinique médicale associée (CMA)*, Québec : Gouvernement du Québec, 2011, 1 p. [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?accueil>

*Id.* *Centre médical spécialisé associé (CMSA)*, Québec : Gouvernement du Québec, 2011, 1 p. [En ligne], [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?centre\\_medical\\_specialise\\_associe](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?centre_medical_specialise_associe)

*Règlement sur les déchets biomédicaux*, 1992, 132 G.O. 2, 3312.

ROHRICH, R.J. et A.J. BURNS. «Lasers in office-based settings: establishing guidelines for proper usage», *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 109, n° 3, mars 2002, p. 1147-1148.

ROSS, A.K. et J.B. ECK. «Office-based anesthesia for children», *Anesthesiology Clinics of North America*, vol. 20, n° 1, mars 2002, p. 195-210.

SEHULSTER, L. et R.Y.W. CHINN. «Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)», *MMWR*, vol. 52, n° RR10, 6 juin 2003, p. 1-42. [En ligne], <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm>

SEMPOWSKI, I.P. et R.J. BRISON. «Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians», *Canadian Family Physician*, vol. 48, septembre 2002, p. 1464-1472.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION, « Le contrôle des infections au cabinet du pédiatre », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, n° 5, mai/juin 2008, p. 422-435. [En ligne], <http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/id08-03.htm>

SPRINGER, R. «Sterilization/disinfection: correcting common misconceptions in the office setting», *Plastic Surgical Nursing*, vol. 22, n° 1, printemps 2002, p. 19-23.

SUTTON, J.H. «Office-based surgery regulation: improving patient safety and quality care», *Bulletin of the American College of Surgeons*, vol. 86, n° 2, février 2001, p. 8-12. [En ligne], <http://www.facs.org/ahp/pubs/sutton0201.pdf>

TREASURE, T. et J. BENNETT. «Office-based anesthesia», *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, vol. 19, n° 1, février 2007, p. 45-57.

ZEITELS, S.M. et J.A. BURNS. «Office-based laryngeal laser surgery with local anesthesia», *Current opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, vol. 15, n° 3, juin 2007, p. 141-147.

## PRÉVENTION DES INFECTIONS ET STÉRILISATION

ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. *CAN/CSA-Z314.8-08 : Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, Toronto : l'Association, novembre 2008, mises à jour décembre 2009 et janvier 2011, 118 p. [En ligne], [http://www.clevislauzon.qc.ca/biblio/entrepot\\_numerique/DFC%20Normes/2419528.pdf](http://www.clevislauzon.qc.ca/biblio/entrepot_numerique/DFC%20Normes/2419528.pdf)

BARIE, P.S. «Infection control practices in ambulatory surgical centers», *JAMA*, vol. 303, n° 22, 9 juin 2010, p. 2295-2297.

BRITISH COLUMBIA. MINISTRY OF HEALTH. PATIENT SAFETY BRANCH. *Best practices guideline for the cleaning, disinfection and sterilization of medical devices in health authorities*, Victoria, B.C. : the Ministry, mars 2007, 69 p. [En ligne], [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/BPGuidelines\\_Cleaning\\_Disinfection\\_Sterilization\\_MedicalDevices.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/BPGuidelines_Cleaning_Disinfection_Sterilization_MedicalDevices.pdf)

CANADIAN COMMITTEE ON ANTIBIOTIC RESISTANCE. *Infection prevention and control best practices for long term care, home and community care including health care offices and ambulatory clinics*, [s. l.] : the Committee, juin 2007, 54 p., ISBN 978-0-9783500-0-0. [En ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/amr-ram/ipcbp-pepci/pdf/amr-ram-eng.pdf>

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. NON-HOSPITAL MEDICAL AND SURGICAL FACILITIES COMMITTEE. *Single-use devices and multi-dose vials: position statement*, Vancouver: the College, 3 novembre 2008, 4 p. [En ligne], [https://www.cpsbc.ca/files/u6/NHMSFP-Single-Use\\_Devices.pdf](https://www.cpsbc.ca/files/u6/NHMSFP-Single-Use_Devices.pdf)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. Infection control in the physician's office, Toronto: the College, 2004, 66 p. [En ligne], [http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Infection\\_Controlv2.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Infection_Controlv2.pdf)

HEALTH CANADA. «Infection control guidelines: prevention and control of occupational infections in health care», Canada Communicable Disease Report, vol. 28S1, mars 2002, 264 p. [En ligne], <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H12-21-3-28-1E.pdf>

ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (CCPMI). *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario : dans tous les milieux de soins de santé*, Toronto : le Ministère, septembre 2008, 101 p., ISBN 978-1-4249-4833-8. [En ligne], <http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/Best%20Practices%20for%20Surveillance%20of%20HCAI%20FR.pdf>

ONTARIO. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. PROVINCIAL INFECTIOUS DISEASES ADVISORY COMMITTEE (PIDAC). *Best practices for cleaning, disinfection and sterilization of medical equipment/devices: in all health care settings*, Toronto: the Ministry, avril 2006, révisé en février 2010, 109 p., ISBN 978-1-4435-1526-9. [En ligne], [http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro/IPAC\\_Best\\_Practices\\_med equip.pdf](http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro/IPAC_Best_Practices_med equip.pdf)

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Désinfectants et désinfection en hygiène et salubrité : principes fondamentaux*, Québec : le Ministère, 2009, 73 p., ISBN 978-2-550-56480-5. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-209-03F.pdf>

*Id. Retraitement des endoscopes digestifs : lignes directrices*, Québec : le Ministère, 2008, 36 p., ISBN 978-2-550-53504-1. [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-209-05F.pdf>

SEHULSTER, L. et R.Y.W. CHINN. «Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)», *MMWR*, vol. 52, n° RR10, 6 juin 2003, p. 1-42. [En ligne], <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm>

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION. « Le contrôle des infections au cabinet du pédiatre », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, n° 5, mai/juin 2008, p. 422-435. [En ligne], <http://www.cps.ca/francais/enonces/ID/id08-03.htm>



# ANNEXE

## LISTE D'ABRÉVIATIONS DANGEREUSES À NE PAS UTILISER DANS UNE ORDONNANCE

Les abréviations, symboles et inscriptions numériques retrouvés dans cette liste ont été déclarés comme étant fréquemment mal interprétés et étaient impliqués dans des accidents graves liés à la médication. Ils ne devraient JAMAIS être utilisés lors de la communication d'informations liées à la médication.

| ABRÉVIATION                                      | SENS VOULU                           | PROBLÈME                                                                                                                                                                                                                                                   | CORRECTION                                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>U</b>                                         | Unité                                | Peut être pris pour «O» (zéro), «4» (quatre), ou cc                                                                                                                                                                                                        | Utiliser «unité».                                                     |
| <b>IU</b>                                        | Unité internationale                 | Peut être pris pour «IV» (intraveineux) ou «10» (dix)                                                                                                                                                                                                      | Utiliser «unité».                                                     |
| <b>Abréviations pour les noms de médicaments</b> |                                      | Peuvent être mal interprétées. Parce qu'il existe des abréviations semblables pour plusieurs médicaments; par exemple, MS, MSO <sub>4</sub> (sulfate de morphine), MgSO <sub>4</sub> (sulfate de magnésium), ils peuvent être confondus l'un pour l'autre. | Ne pas abrégier les noms de médicaments.                              |
| <b>QD<br/>QOD</b>                                | Chaque jour<br>Un jour sur deux      | QD et QOD sont souvent confondus l'un pour l'autre, ou comme «qid» (quatre fois par jour). Le Q a aussi été mal interprété comme «2» (deux).                                                                                                               | Utiliser «par jour» ou «un jour sur deux».                            |
| <b>OD</b>                                        | Chaque jour                          | Peut être pris aussi pour «œil droit» (OD=oculus dexter)                                                                                                                                                                                                   | Utiliser «par jour».                                                  |
| <b>OS, OD, OU</b>                                | Œil gauche, œil droit, les deux yeux | Peuvent être confondus les uns pour les autres.                                                                                                                                                                                                            | Utiliser «œil gauche», «œil droit» et «les deux yeux».                |
| <b>D/C</b>                                       | Congé                                | Peut être interprété comme étant «discontinuer les médicaments suivants» (souvent les médicaments pour le congé)                                                                                                                                           | Utiliser «congé».                                                     |
| <b>cc</b>                                        | Centimètre cube                      | Peut être interprété pour «u» (unité)                                                                                                                                                                                                                      | Utiliser «mL» ou «millilitre».                                        |
| <b>µg</b>                                        | Microgramme                          | Peut être pris pour «mg» (milligramme), résultant en une surdose de mille fois la dose prévue.                                                                                                                                                             | Utiliser «mcg».                                                       |
| SYMBOLE                                          | SENS VOULU                           | PROBLÈME                                                                                                                                                                                                                                                   | CORRECTION                                                            |
| @                                                | à                                    | Peut être pris pour «2» (deux) ou «5» (cinq).                                                                                                                                                                                                              | Utiliser «à».                                                         |
| ><br><                                           | Plus grand que<br>Plus petit que     | Peut être pris pour «7» (sept) ou la lettre «L». Confusion entre les deux symboles.                                                                                                                                                                        | Utiliser «plus grand que»/«plus que» ou «plus petit que»/«moins que». |
| INSCRIPTION NUMÉRIQUE                            | SENS VOULU                           | PROBLÈME                                                                                                                                                                                                                                                   | CORRECTION                                                            |
| <b>Zéro à droite</b>                             | x.O mg                               | Le point décimal est souvent ignoré, résultant en un accident de dix fois la dose prévue.                                                                                                                                                                  | Ne jamais écrire un zéro après un point décimal. Utiliser «x mg».     |
| <b>Manque un zéro à gauche</b>                   | .x mg                                | Le point décimal est souvent ignoré, résultant en un accident de dix fois la dose prévue.                                                                                                                                                                  | Toujours utiliser un zéro avant un point décimal. Utiliser «0.x mg».  |

Adapté de la Liste d'abréviations, symboles et inscriptions numériques sujets à erreur de l'ISMP, 2006. Téléchargé du site: [www.ismp-canada.org/abreviationsdangereuses.htm](http://www.ismp-canada.org/abreviationsdangereuses.htm). Reproduction autorisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada/ Institute for Safe Medication Practices Canada

ISMP CANADA, JUILLET 2006

## **Membres du groupe de travail sur les Procédures et interventions en milieu extrahospitalier**

**Dr Gilles Beauregard**

*Chirurgien plasticien*

**Dr Jacques Demers**

*Anesthésiologiste*

**Dr Steven Lapointe**

*Syndic adjoint*

*Direction des enquêtes du Collège des médecins du Québec*

**Dr Claude Paquin**

*Médecin de famille*

**Dr Jacques Toueg**

*Chirurgien orthopédiste*

**Dr Karl Weiss**

*Microbiologiste-infectiologue*

**Dr Jamie Wong**

*Médecin ophtalmologiste*

**Monsieur Éric Landry, Ph.D.**

*Direction des affaires médicales et universitaires*

*Agence de santé et des services sociaux de Montréal*

**Dr Ernest Prigent**

*Médecin urgentologue*

*Directeur adjoint*

*Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec  
et coordonnateur du groupe de travail*



## Publication du Collège des médecins du Québec

### Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur: 514 933-3112

Courriel: info@cmq.org

www.cmq.org

### Coordination

### Révision linguistique et correction d'épreuves

### Graphisme

Collège des médecins du Québec

Les Éditions Rogers Limitée

### Illustration

Olivier Lasser

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

### La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal: 3<sup>e</sup> trimestre 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-920548-77-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-920548-78-7 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2011

Note: Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.



*Imprimé sur papier recyclé*





COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC