

**CANADIAN ASSOCIATION FOR ACCREDITATION  
OF AMBULATORY SURGERY FACILITIES, INC.**

**CRITÈRES  
D'ACCRÉDITATION  
D'INSTALLATIONS DE  
CHIRURGIE AMBULATOIRE**

**ASSOCIATION CANADIENNE D'ACCRÉDITATION  
POUR LES LOCAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, INC.**

## PRÉFACE

L'Association canadienne d'accréditation d'installations de chirurgie ambulatoire est un organisme à but non-lucratif dont l'objectif est la promotion de soins patients de haute qualité et la reconnaissance nationale des propriétaires et du personnel des installations de chirurgie ambulatoire. Les inspecteurs, les directeurs et les officiers de l'Association nient toute responsabilité envers des tiers pour les décisions prises en regard de l'accréditation ou du processus d'accréditation.

On décrit ici les exigences pour trois types d'installations chirurgicales :

- A. **Type I – Anesthésie locale**
- B. **Type II – Anesthésie locale + sédation**
- C. **Type III- Anesthésie générale ou régionale**

### Normes partagées par les trois types de chirurgie

#### Personnel

1. Un chirurgien certifié par le Collège royal ou par le Collège des médecins du Québec est responsable de toutes les fonctions de l'établissement
2. Un(e) infirmier(e) certifié(e) par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être présent(e) et responsable du personnel chirurgical et para-nursing. Cette personne doit également connaître et être responsable de l'équipement, des fournitures critiques, et des fonctions et responsabilités du personnel. (Type II et III)
3. Le personnel responsable des soins directs aux patients doit posséder ou être apte à posséder une reconnaissance hospitalière équivalente. On doit garder tous les documents, tel OIIQ, copie du permis, assurance responsabilité médicale, formation RCR à jour. Il est recommandé aux chirurgiens de posséder la formation de base (BCLS) ou la formation avancée (ACLS). **Au moins un médecin détenant une formation avancée reconnue en réanimation cardio respiratoire (ATLS, ACLS, PALS) doit être présent ainsi que le matériel de réanimation requis jusqu'à ce que le patient ait atteint les critères de congé du centre chirurgical.**
4. Les examens médicaux subis par le personnel doivent rencontrer les normes de la Loi sur les hôpitaux publics.
5. Les techniciens en chirurgie employés dans des établissements chirurgicaux doivent être certifiés selon des normes reconnues.
6. Tout le personnel doit posséder une pleine connaissance des pratiques chirurgicales et avoir l'approbation d'un chirurgien qualifié.

## **Une garantie de qualité**

On demande les éléments suivants d'une installation chirurgicale en cabinet médical.

1. L'établissement est organisé et équipé principalement de façon à permettre son fonctionnement en tant qu'installation chirurgicale.
2. L'établissement fonctionne sous la direction d'un ou de plusieurs chirurgiens certifiés par le Collège royal ou par le Collège des médecins du Québec, habilités à pratiquer la même chirurgie dans un hôpital général ou qui peut(peuvent) faire preuve d'une formation spécifique à de telles interventions chirurgicales. Advenant le cas d'une modification de son statut hospitalier, le Conseil d'administration étudiera le cas à condition qu'il/elle ait été accrédité(e) pour ces interventions chirurgicales au cours de son mandat actif. Ces interventions doivent toutes être considérées comme faisant partie de la formation et la pratique habituelle de la spécialité du requérant et ce, tel que défini par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada et la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec. Un chirurgien qui ne possède pas de privilèges hospitaliers doit avoir la possibilité de faire admettre ses patients à un hôpital général par deux chirurgiens qualifiés, sujet à l'approbation du Conseil de l'ACAICA.
3. Au moins un médecin (MD) est présent sur les lieux de l'établissement lors de toute chirurgie et pendant la période de réveil qui la suit.
4. L'établissement a accès à l'équipement radiologique diagnostique et à l'équipement de laboratoire nécessaires à la gestion du traitement du patient.
5. On tient un dossier médical pour chaque patient.
6. Tout matériel corporel enlevé pendant la chirurgie est soumis à un examen pathologique.
7. Tout équipement neuf est étiqueté CSA ou équivalent. L'inspection de l'équipement tels autoclaves, tables de salle d'opération, cautérisation, prises électriques, transformateurs, etc est effectuée aux six ans de façon à coïncider avec l'inspection tri-annuelle.

## **Dossiers médicaux**

1. Une histoire médicale et un examen physique appropriés sont consignés au dossier patient. L'allergie au latex en tant que facteur de risque est reconnue.
2. Des notes ou rapports opératoires sont fournis.
3. On tient des notes sur l'évolution du patient.
4. Le dossier comprend la liste complète des médicaments administrés.
5. Le dossier comprend les rapports de laboratoire et de pathologie. Nous vous conseillons de suivre les prescriptions de votre hôpital général pour les examens pré-opératoires ainsi que pour l'hémoglobine, l'hématocrite, globules blancs, RNI, TPP, électrolytes, et analyse de l'urine pour les plus de 40 ans et pour tous les cas majeurs, ECG et radio pulmonaire si nécessaires.
6. On obtient des formulaires de consentement appropriés. L'ACAICA **suggère fortement** que les formulaires comprennent l'énoncé suivant : « Cet établissement est membre de l'Association canadienne d'accréditation d'installations de chirurgie ambulatoire qui peut demander d'examiner les dossiers patients en vue d'une évaluation de l'acte médical par les pairs et aux fins du contrôle de la qualité »
7. On établit des dossiers médicaux tels que prescrits par le Collège des médecins.

## **Évaluation de l'acte médical et contrôle de la qualité**

1. Il est suggéré de procéder à une évaluation interne permanente des dossiers médicaux par un infirmier/ une infirmière chef et un médecin. Le protocole recommandé consiste à :
  - a) Cinq dossiers de chaque chirurgien doivent être révisés tous les 6 mois. Les rapports de vérification doivent être conservés afin d'être revus par l'inspecteur.
  - b) L'infirmier(e) chef et le chirurgien se rencontrent sur une base trimestrielle pour la révision des cas de complications (ex. mortalité, transfert à un autre établissement, retour à la salle d'opération, sérome, hématome, infection). On garde les dossiers aux fins de la révision tri-annuelle et pour l'inspection de ré-accréditation.
2. L'examen des Incidents et complications dans l'établissement se fait par un chirurgien indépendant invité (inspecteur). Ce rapport sera expédié au Bureau chef en même temps que le rapport d'inspection tri-annuelle avec copie gardée dans l'établissement.

Le programme décrit ci-dessus n'est pas à un élément négatif. Au contraire, advenant un cas problème, il témoignera de l'excellence de notre programme de contrôle de qualité et ne saura que vous avantager.

## **Normes de protection de la santé**

1. On observe des pratiques destinées à éviter ou à minimiser les infections.
2. On utilise des stérilisateurs appropriés, soumis aux inspections nécessaires. Lors de l'utilisation de stérilisateurs à gaz, une ventilation adéquate est nécessaire. Les fournitures non stériles ne sont pas entreposées avec les fournitures stériles et tous les articles sont étiquetés.
3. Les fournitures portent la date de stérilisation et sont vérifiées aux moments appropriés.
4. On respecte tous les codes de salubrité, de sécurité, de construction et d'incendie.
5. On se débarrasse des déchets et ordures selon les consignes des instances médicales locales.
6. Les risques électriques sont gérés de la façon prescrite par la juridiction locale.
7. Une source d'énergie d'urgence est prévue tel que décrit ci-dessous :
  - TYPE I** – Éclairage d'urgence
  - TYPE II** – Une source d'énergie d'urgence d'une durée de quatre heures.
  - TYPE III** - Une source d'énergie d'urgence d'une durée de quatre heures.
8. Il sera interdit de fumer dans toutes les aires de chirurgie.
9. Les combustibles sont maniés de la manière prescrite par les règlements locaux.
10. Les produits volatiles sont entreposés de façon sécuritaire de la manière prescrite par les règlements locaux.
11. Des extincteurs tels qu'exigés par les règlements sont en place et inspectés régulièrement.
12. On observe les mesures de sécurité de mise pour l'électro-cautérisation..
13. Le personnel est tenu au courant des pratiques en cas d'incendie et autres urgences au moyen d'exercices réguliers.
14. Le personnel des salles d'opération et de réveil possède une formation tenue jour en réanimation cardio-pulmonaire.

Pour les établissements de type II et III on dispose d'une panoplie d'urgence composée d'un défibrillateur et des médicaments suivants nécessaires à la RCP

Amiodarone IV ( type II et III)  
Atropine Sulfate - 0.1mg/ml (seringue pré-remplie)  
Benadryl  
Béta Bloqueur  
Bloqueur neuromusculaire ( type I, II et III)  
Bretylum - 50mg/ml  
Chlorure de Calcium - 10% (seringue pré-remplie)  
Diazépam - 5mg/ml  
Épinéphrine 1:10000 (seringue pré-remplie)  
Esmolol  
Flumazenil IV ( type II et III)  
Hydralazine – 10 mg. bolus  
Hydrocortisone Sod Succ - 500 mg  
Isuprel  
Lidocaïne en infusion 0.4%  
Morphine Sulfate  
Narcan  
Nitroglycerine 0.4-0.6mg. tablette ou aérosol sublingual  
Oxygène  
Phénylépérine  
Phénytoïn-50mg/ml  
Procainamide – 100 mg/ml  
Bicarbonate de soude – 7.5% (seringue pré-remplie)  
Ventolin en inhalation  
Verapamil - 2.5mg/ml  
Zantac

Eau à injection - (30ml)  
Dextrose 5% dans H<sub>2</sub>O  
Alcool topique  
Aiguille 20 Jauge I”  
Seringue 12ml  
Seringue 3ml avec aiguille 22 jauge

Cette liste est sujette au jugement de l'anesthésiste clinique conformément aux exigences de son hôpital général.

## **Obligations de l'établissement**

### **Type I Installations chirurgicales – Anesthésie locale seulement**

1. Espace et équipement adéquats au traitement sécuritaire et aseptique du patient.
2. On dispose d'espace d'attente adéquate pour les accompagnateurs.
3. On dispose de bureaux d'affaires. Ces bureaux sont indépendants de l'aire de chirurgie.
4. Suffisamment d'espace pour la chirurgie : éclairage adéquat, plancher et plafond lisses et facile à laver. Si le plancher est recouvert de tuiles individuelles, il est scellé avec un scellant au polyuréthane. La couvre sol doit remonter le mur de 4" à 6".
5. Le matériel et l'équipement d'anesthésie sont accessibles et bien entretenus.
6. L'équipement de monitoring comprend un appareil pour mesurer la tension artérielle.
7. On dispose des médicaments pour le traitement des réactions anaphylactiques.
8. Médicaments d'urgence – appareillage intraveineux.
9. On dispose d'une armoire à médicaments et à narcotiques fermée à clé.
10. Défibrillateur et équipement de réanimation d'urgence.
11. On dispose commodités adéquates pour se laver les mains ainsi de disposer des serviettes sales.
12. Toutes les ouvertures vers l'extérieur sont protégées contre l'accès par des insectes ou animaux à l'aide de portes fermant automatiquement, de fenêtres, de moustiquaires, de courant d'air contrôlé ou autres moyens efficaces.
13. Les outils nécessaires à l'entretien ménager la propreté sont disponibles sur place.
14. On ne doit ni épousseter ni balayer à sec.
15. L'établissement est bien rangé, propre et libre de déchets.

## **OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **Type II Installations chirurgicales – Anesthésie locale + Sédation**

1. L'établissement est sous la direction d'un ou de plusieurs chirurgiens certifiés par le Collège royal ou le Collège des médecins du Québec et habilités à effectuer la même chirurgie dans un hôpital général ou qui possède des documents attestant d'une formation leur permettant d'effectuer la chirurgie. Si le statut hospitalier du chirurgien devait changer, le Conseil d'administration prendra en considération le cas de tout chirurgien qui aurait déjà été accrédité par l'hôpital pour pratiquer ces interventions. Ces interventions doivent toutes être considérées comme faisant partie de la formation et la pratique habituelle de la spécialité du requérant et ce, tel que défini par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada et la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec. Le chirurgien qui n'est pas autorisé à opérer dans un hôpital doit pouvoir faire admettre ses patients à un hôpital général par deux chirurgiens qualifiés, sujet à l'approbation du Conseil d'administration de l'ACAICA.
2. Un(e) infirmier(e) certifié(e) par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être présent(e) et responsable du personnel chirurgical et para-nursing. Cette personne doit également connaître et être responsable de l'équipement, des fournitures critiques, et des fonctions et responsabilités du personnel.
3. L'établissement est bien rangé, propre et libre de déchets.
4. On dispose d'espace d'attente adéquate pour les accompagnateurs.
5. On dispose de bureaux d'affaires. Ces bureaux sont indépendants de l'aire de chirurgie.
6. On dispose d'au moins une salle d'opération à usage exclusif à la chirurgie ainsi que d'une salle de réveil au moins ou d'une aire désignée à cette fin. La salle d'opération est de dimensions suffisantes pour accommoder la circulation des patients et de l'équipement.
7. On dispose d'une table opératoire ou d'une civière dont le fonctionnement convient à tous les cas prévus.
8. Suffisamment d'espace pour la chirurgie : éclairage adéquat, plancher et plafond lisses et facile à laver. Si le plancher est recouvert de tuiles individuelles, il est scellé avec un scellant au polyuréthane. La couvre sol doit remonter le mur de 4'' à 6 ''.
9. Tout équipement nécessaire à une intervention chirurgicale doit être présent avant le début de la chirurgie.
10. L'équipement d'anesthésie est facilement accessible, bien entretenu et propre



11. La salle de réveil est de dimensions suffisantes pour permettre le transport des patients et les déplacements du personnel. On dispose d'un système continu d'administration d'oxygène et de bonbonnes d'oxygène d'une capacité de huit heures à 51/min.
12. L'équipement de monitoring patient comprend : appareillage pour mesurer la tension artérielle, ECG, oxymètre et défibrillateur. Ces appareils sont testés le jour de la chirurgie et immédiatement avant la chirurgie.
13. L'équipement à succion conform aux normes est en tout temps présent en salle d'opération et en salle de réveil. On dispose d'un appareil secondaire de rechange.
14. On dispose d'équipement de réanimation, dont : tubes endotrachéaux et sources d'oxygène à capacité de pression positive; médicaments d'urgence et bonbonnes d'oxygène d'une capacité de huit heures à 51/min.
15. On dispose de moyens permettant de pratiquer une trachéotomie ou une cricothyrotomie.
16. Équipement nécessaire à l'administration de fluides intraveineux.
17. On dispose d'une sonde pour faire le monitoring de la température des patients.
18. On dispose d'une source de courant électrique d'urgence suffisante à faire fonctionner un éclairage adéquat dans les aires essentielles, ainsi que tout équipement opératoire, pour une période de quatre heures. Cet équipement d'urgence doit être testé sur une base hebdomadaire.
19. On dispose de tubes d'urgence à groupe sanguin/épreuve de compatibilité, et de contenants à vide pour les analyses de sang, d'électrolytes, de gaz artériels et de glycémie.
20. On dispose commodités adéquates pour se laver les mains ainsi de disposer des serviettes sales.
21. La salle d'opération est bien entretenue et prouvée libre de pathogènes à l'aide de cultures prélevées deux fois l'an.
22. On utilise une fiole à bacillus stearotherophilus pour assurer la stérilité des emballages et des instruments.
23. Les dates de stérilisation doivent être indiquées sur les fournitures et vérifiées de façon régulière.
24. On tient un registre des chirurgies.
25. On range les médicaments et les narcotiques dans une armoire fermée à clé. On tient un registre des narcotiques.
26. Pour le transfert des cas d'urgence, l'établissement doit avoir accès à un hôpital.

27. Civières et fauteuils roulants nécessaires au transport des patients.
28. En cas d'évacuation d'urgence, les installations permettent facilement le transport des patients sur civière.
29. On dispose d'un système d'alerte à l'incendie à deux temps.
30. Les outils nécessaires à l'entretien ménager la propreté sont disponibles sur place.
31. On ne doit ni épousseter ni balayer à sec.
32. Toutes les ouvertures vers l'extérieur sont protégées contre l'accès par des insectes ou animaux à l'aide de portes fermant automatiquement, de fenêtres, de moustiquaires, de courant d'air contrôlé ou autres moyens efficaces.

## **OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **Type III Installations chirurgicales - Anesthésie générale ou régionale**

1. L'établissement est sous la direction d'un ou de plusieurs chirurgiens certifiés par le Collège royal ou le Collège des médecins du Québec et habilités à effectuer la même chirurgie dans un hôpital général ou qui possède des documents attestant d'une formation leur permettant d'effectuer la chirurgie. Si le statut hospitalier du chirurgien devait changer, le Conseil d'administration prendra en considération le cas de tout chirurgien qui aurait déjà été accrédité par l'hôpital pour pratiquer ces interventions. Ces interventions doivent toutes être considérées comme faisant partie de la formation et la pratique habituelle de la spécialité du requérant et ce, tel que défini par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada et la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec. Le chirurgien qui n'est pas autorisé à opérer dans un hôpital doit pouvoir faire admettre ses patients à un hôpital général par deux chirurgiens qualifiés, sujet à l'approbation du Conseil d'administration de l'ACAICA.
2. Un(e) infirmier(e) certifié(e) par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être présent(e) et responsable du personnel chirurgical et para-nursing. Cette personne doit également connaître et être responsable de l'équipement, des fournitures critiques, et des fonctions et responsabilités du personnel.
3. Un anesthésiologiste certifié est présent pour tout cas d'anesthésie générale et épidurale. (Les cas d'exception seront pris en considération par le Conseil d'administration de l'ACAICA) L'anesthésiologiste demeure sur les lieux jusqu'au réveil complet du dernier patient chirurgical de la journée.
4. L'établissement est bien rangé, propre et libre de déchets.
5. On dispose d'espace d'attente adéquate pour les accompagnateurs.
6. On dispose de bureaux d'affaires. Ces bureaux sont indépendants de l'aire de chirurgie.
7. On dispose d'au moins une salle d'opération à usage exclusif à la chirurgie ainsi que d'une salle de réveil au moins ou d'une aire désignée à cette fin. La salle d'opération est de dimensions suffisantes pour accommoder la circulation des patients et de l'équipement.
8. On dispose d'une table opératoire ou d'une civière dont le fonctionnement convient à tous les cas prévus.
9. Suffisamment d'espace pour la chirurgie : éclairage adéquat, plancher et plafond lisses et facile à laver. Si le plancher est recouvert de tuiles individuelles, il est scellé avec un scellant au polyuréthane. La couvre sol doit remonter le mur de 4'' à 6 ''.

8. Tout équipement nécessaire à une intervention chirurgicale doit être présent avant le début de la chirurgie.
9. On dispose d'un appareil à anesthésie certifié qui n'utilise aucune gaz anesthésique explosif. Un appareil à analyse du CO<sub>2</sub> est branché à l'équipement d'anesthésie pour fins des registres d'anesthésie générale. Une alarme de basse concentration d'oxygène inspiratoire doit équiper l'appareil d'anesthésie. Tout ventilateur mécanique doit être équipé d'une alarme auditive indiquant une déconnexion de l'apport d'O<sub>2</sub>.
10. L'équipement d'anesthésie est facilement accessible, bien entretenu et propre.
11. Conformément aux règlements au CSST il est fortement recommandé de faire tester l'oxyde nitreux sur une base annuelle.
14. Il y a une salle de réveil qui n'a aucune autre utilisation (salle d'examen, salle de traitement, salle de plâtrage).
15. La salle de réveil est de dimensions suffisantes pour permettre le transport des patients et les déplacements du personnel. On dispose d'un système continu d'administration d'oxygène et de bonbonnes d'oxygène d'une capacité de huit heures à 51/min.
16. L'équipement de monitoring patient comprend : appareillage pour mesurer la tension artérielle, ECG, oxymètre et défibrillateur. Ces appareils sont testés le jour de la chirurgie et immédiatement avant la chirurgie.
17. L'équipement à succion conform aux normes est en tout temps présent en salle d'opération et en salle de réveil. On dispose d'un appareil secondaire de rechange.
18. On dispose d'équipement de réanimation, dont : tubes endotrachéaux et sources d'oxygène à capacité de pression positive; médicaments d'urgence et bonbonnes d'oxygène d'une capacité de huit heures à 51/min.
19. On dispose de moyens permettant de pratiquer une trachéotomie ou une cricothyrotomie.
20. Équipement nécessaire à l'administration de fluides intraveineux.
21. On dispose d'une sonde pour faire le monitoring de la température des patients.
22. On dispose de médicaments pour traiter l'hyperthermie maligne (sodium dantrolène) et le choc anaphylactique.
23. On dispose d'un système patient indépendant de mise à terre isolée.
24. On dispose d'une source de courant électrique d'urgence suffisante à faire fonctionner un éclairage adéquat dans les aires essentielles, ainsi que tout équipement opératoire, pour une période de quatre heures. Cet équipement d'urgence doit être testé sur une base hebdomadaire.

25. On dispose commodités adéquates pour se laver les mains ainsi de disposer des serviettes sales.
26. La salle d'opération est bien entretenue et prouvée libre de pathogènes à l'aide de cultures prélevées deux fois l'an.
27. On utilise une fiole à bacillus stearothermophilus pour assurer la stérilité des emballages et des instruments.
28. Les dates de stérilisation doivent être indiquées sur les fournitures et vérifiées de façon régulière.
29. On tient un registre des chirurgies.
30. On range les médicaments et les narcotiques dans une armoire fermée à clé. On tient un registre des narcotiques.
31. Pour le transfert des cas d'urgence, l'établissement doit avoir accès à un hôpital.
32. Civières et fauteuils roulants nécessaires au transport des patients.
33. En cas d'évacuation d'urgence, les installations permettent facilement le transport des patients sur civière.
34. On dispose d'un système d'alerte à l'incendie à deux temps.
35. Les outils nécessaires à l'entretien ménager la propreté sont disponibles sur place.
36. On ne doit ni épousseter ni balayer à sec.
37. Toutes les ouvertures vers l'extérieur sont protégées contre l'accès par des insectes ou animaux à l'aide de portes fermant automatiquement, de fenêtres, de moustiquaires, de courant d'air contrôlé ou autres moyens efficaces.

Rev. 11/10