

# Cerner les obstacles à un transport interétablissements rapide et sécuritaire en néonatalogie et en pédiatrie

Jamie Anne Bentz,<sup>1</sup> RN MScN, Elaine G. Rose,<sup>1</sup> MPH MSc, Michael D. Christian,<sup>2</sup> MD FRCPC MSc MBA, Catherine Bernard,<sup>1</sup> RN BScN, Laura Payant,<sup>1</sup> RN MScN, Qian Yang,<sup>1</sup> MSc, Ewaen Akinya,<sup>1</sup> BScPharm, Gary Garber,<sup>3,4</sup> MD FRCPC FACP FIDSA CCPE

## Contexte

Au Canada, la régionalisation du système de santé a pour effet de concentrer les soins spécialisés dans des centres tertiaires et quaternaires. Il devient dès lors nécessaire de procéder au transport interétablissements des patient-es dont l'état est critique, notamment en néonatalogie et en pédiatrie. Le manque d'accès à un transport rapide et sécuritaire peut accentuer les iniquités d'accès aux soins intensifs, surtout pour les patient-es vivant loin des hôpitaux pédiatriques. Les retards, les omissions ou les enjeux de sécurité dans les transports peuvent aussi exposer les prestataires de soins à des risques médico-légaux ainsi qu'à des préjudices psychologiques ou moraux.

## Objectif

Cette étude s'appuie sur des données relatives à la responsabilité professionnelle médicale pour cerner et décrire les facteurs qui contribuent aux retards, aux omissions et aux enjeux de sécurité dans le transport interétablissements en néonatalogie et en pédiatrie.

## Méthodes



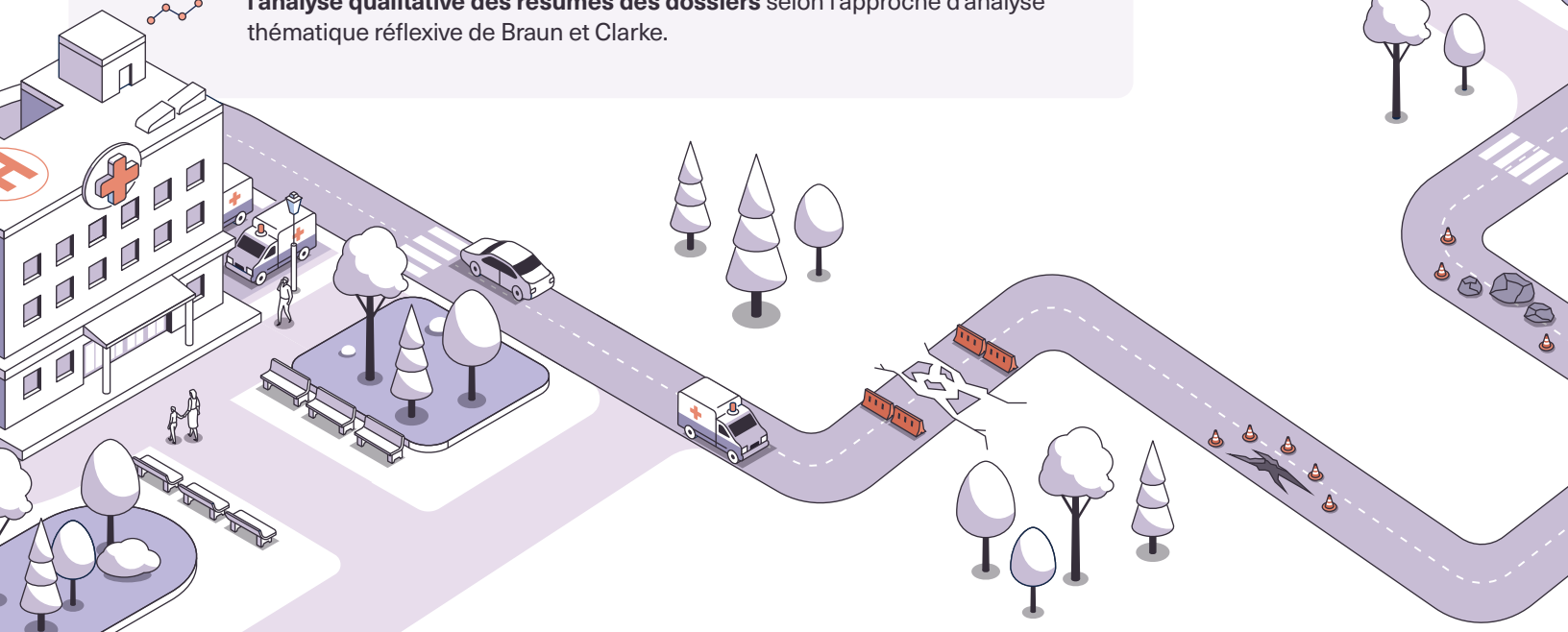
**Nous avons effectué une analyse qualitative, descriptive et rétrospective** des dossiers médico-légaux de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) conclus entre 2015 et 2024 qui portaient sur des patient-es de moins de 18 ans ayant subi des retards, un manque d'accès ou des incidents liés à la sécurité pendant ou avant un transport interétablissements.



**Nous avons utilisé des mots-clés liés au transport** pour extraire de la base de données de l'ACPM les dossiers qui mettaient en cause des médecins exerçant en médecine familiale, en médecine d'urgence, en soins intensifs et en pédiatrie. Nous avons examiné manuellement le résumé de chaque dossier pour en vérifier l'admissibilité et avons résolu les divergences par consensus.



**Nous avons résumé les variables quantitatives** (âge, emplacement géographique et incidents liés à la sécurité des patient-es) **et procédé à l'analyse qualitative des résumés des dossiers** selon l'approche d'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke.



## Observations



Parmi les 307 dossiers médico-légaux extraits, 47 (15 %) portaient sur des **enjeux liés au transport**, touchant 47 patient-es en néonatalogie ou en pédiatrie et 63 médecins.



L'**âge des patient-es** était réparti de façon uniforme entre les nouveau-né-es (n = 16, 34 %), les nourrissons/bambin-es (n = 15, 32 %) et les enfants/adolescent-es (n = 16, 34 %).



Plus de la moitié de ces 47 dossiers (55 %, n = 26) portaient sur des cas survenus **en milieu rural ou dans de petites agglomérations**.



Dans la plupart des dossiers (n = 39, 83 %), le préjudice subi était associé à **des facteurs liés à la ou au prestataire de soins, à l'équipe ou au système** : un préjudice grave ou le décès a été constaté dans 60 % des cas (n = 28).

## Tendances dégagées de notre analyse thématique

Des retards et des incidents liés à la sécurité sont survenus dans trois scénarios fréquemment concomitants, en raison d'une **interaction complexe** de facteurs liés à la ou au prestataire de soins, à l'équipe et au système. Les facteurs contributifs récurrents observés dans l'ensemble des scénarios étaient les suivants :

- Manque de personnel ayant les connaissances, les compétences ou le jugement clinique nécessaires pour reconnaître et prendre en charge les patient-es pédiatriques dont l'état est critique
- Évaluation et surveillance inadéquates des patient-es
- Rigidité, non-disponibilité ou sous-utilisation des outils de soutien à la décision clinique (p. ex. lignes directrices, protocoles, direction de l'hôpital)
- Pénuries de ressources et retards opérationnels dans les milieux cliniques
- Problèmes de communication dans et entre les établissements, avant et pendant le transport



### Omission de transport (n = 23 dossiers)

À cause de lacunes liées à la conscience situationnelle et au jugement clinique, la nécessité de transport a été reconnue tardivement ou pas du tout.



### Obstacles au transport (n = 19 dossiers)

Le transport a été retardé ou empêché malgré la reconnaissance de sa nécessité.



### Incidents liés à la sécurité (n = 18 dossiers)

Les patient-es ont subi un risque accru ou un préjudice évitable avant ou pendant le transport, généralement en raison d'obstacles à l'accès aux interventions ou aux médicaments nécessaires.

## Conclusions

Pour améliorer la sécurité des patient-es et rendre l'accès aux soins plus équitable, il y aurait lieu d'opérer des changements systémiques qui faciliteraient le maintien d'une bonne conscience situationnelle et la prise en charge des patient-es dont l'état est critique lors de retards de transport. Ces changements aideraient aussi les prestataires de soins à s'y retrouver dans un système de soins de santé à plusieurs niveaux qui souffre d'une pénurie de ressources. Et pour rendre le système de transport plus sécuritaire, il pourrait y avoir lieu d'adopter une approche globale qui mobiliserait l'ensemble des ressources, y compris les équipes interprofessionnelles, pour lever les obstacles au transfert des patient-es à l'intérieur des établissements, entre ces derniers et vers d'autres milieux de soins.

## Limites

Les dossiers médico-légaux ne représentent qu'un sous-ensemble restreint des incidents liés à la sécurité. Comme l'admissibilité d'un dossier dépend de plusieurs critères et que le signalement des cas à l'ACPM se fait à la discrétion des médecins, il se peut que tous les facteurs relevant de l'équipe et du système ne soient pas consignés dans nos données. En outre, l'accent mis sur certaines spécialités limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes de transport.

L'équipe du projet tient à remercier le personnel d'analyse médicale de l'équipe Saisie des données à l'ACPM pour sa contribution à la synthèse et au codage des dossiers, Patricia Finestone, RN, CPPS, pour sa collaboration à la sélection des dossiers, Megan Stanford-Jones, graphiste, ainsi que Ben Ladouceur des Communications stratégiques.

<sup>1</sup> Service Soins médicaux sécuritaires et Équité, diversité et inclusion (EDI), ACPM, Ottawa (Ontario), Canada

<sup>2</sup> Département de médecine, Division des soins intensifs, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

<sup>3</sup> Faculté de médecine, Département de médecine et École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

<sup>4</sup> Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada