

Contexte

Plus d'un million d'interventions chirurgicales ont été pratiquées annuellement au Canada entre 2004 et 2013. Malgré les efforts du système de santé canadien pour assurer la sécurité des soins offerts, on déplore encore la survenue d'incidents liés à la sécurité de patients, dont plus de la moitié dans le cadre des soins chirurgicaux. Pour assurer la sécurité des soins chirurgicaux, les médecins et les équipes de soins doivent se servir des bons outils et contribuer à l'amélioration du système dans un cadre professionnel complexe.

Objectif

La sécurité des soins chirurgicaux est un des quatre axes du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients du Consortium national de sécurité des patients. Le Consortium a demandé à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), qui offre la protection de la plupart des médecins canadiens en matière de responsabilité médicale, et à l'assureur Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), qui fournit aux établissements de soins de santé et à leurs employés une couverture contre les poursuites en responsabilité médicale, d'analyser rétrospectivement les données sur les incidents chirurgicaux survenus au Canada. Cette analyse de données médico-légales a permis d'explorer les notions de sécurité du patient, et vise à favoriser l'amélioration du système et des pratiques.

Résultats

- 1 583 et 1 391 dossiers médico-légaux d'incidents chirurgicaux en milieu hospitalier ont été répertoriés dans les bases de données respectives de l'ACPM et de l'HIROC.
- Les experts ont lié 53 % et 49 % des incidents chirurgicaux rapportés à l'ACPM et à l'HIROC à des problèmes relevant du système ou du professionnel de la santé; aucune critique n'était documentée dans 42 % et 25 % des dossiers, respectivement. Le Tableau 1 illustre les catégories des facteurs contributifs dans lesquelles le système ou le professionnel de la santé a été mis en cause.
- Près des deux tiers des incidents sont survenus au cours d'une réparation ou d'une excision chirurgicale, dans un contexte autre que l'oncologie ou la traumatologie (p. ex., inflammation et infection); 12 % et 3 % des cas rapportés respectivement à l'ACPM et à l'HIROC visaient les soins en traumatologie, tandis que 14 % et 8 % des cas sont survenus dans le cadre des soins oncologiques.
- Parmi les préjudices subis par le patient (c.-à-d., ayant des répercussions physiques et psychologiques) citons les lésions viscérales, vasculaires ou nerveuses; les mauvaises interventions et les interventions pratiquées sur le mauvais site ou le mauvais patient; l'oubli accidentel d'un corps étranger; les hémorragies; les brûlures.
- L'oubli d'un corps étranger et les mauvaises interventions ont constitué 12 % et 18 % des incidents chirurgicaux rapportés respectivement à l'ACPM et à l'HIROC.
- De graves répercussions pour le patient (entraînant la mort ou un préjudice catastrophique) ont été répertoriées dans 32 % et 39 % des incidents chirurgicaux rapportés à l'ACPM et à l'HIROC
- Les défaillances du système les plus souvent mises en cause incluaient la faiblesse, l'absence et/ou le non-respect de protocoles de sécurité chirurgicale (p. ex., liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire).
- La plupart des incidents sont survenus durant la période peropératoire de l'intervention.
- Le nombre de dossiers pour 1000 membres de l'ACPM était particulièrement élevé chez les neurochirurgiens et les chirurgiens orthopédistes; 4 % des incidents chirurgicaux rapportés à l'ACPM mettaient un anesthésiologiste en cause, tandis que des résidents étaient impliqués dans 4 % et 1 % des dossiers de l'ACPM et de l'HIROC.

Tableau 1. Facteurs contributifs cernés par les experts, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013

Facteurs contributifs	ACPM (n=1583)	HIROC (n=1391)
	% des dossiers	% des dossiers
Facteurs liés au système	45	43
Facteurs liés au médecin	64	93
Facteurs liés à un autre professionnel de la santé (à l'exclusion des médecins)	12	31

Note : En général, un même incident est dû à plusieurs facteurs qui se chevauchent souvent. Les médecins donnent les soins chirurgicaux en collaboration avec d'autres professionnels de la santé; ensemble, ils forment une équipe qui travaille dans le cadre du système de santé.

Recommandations issues de cette analyse

■ Facteurs liés au système

Les facteurs liés au système ne sont pas ceux qui dominent cette analyse, mais ils jouent un rôle clé dans la survenue des incidents chirurgicaux.

- **Mettre en place des protocoles normalisés** (p. ex., liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire) afin d'assurer que tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire font preuve de conscience situationnelle (c.-à-d. suivent l'évolution des événements, prévoient les besoins à venir et s'y préparent) et d'améliorer les étapes de vérification (p. ex., patient, siège de l'opération, type d'intervention et dénombrement).
- **Évaluer les protocoles** en se fondant sur la mesure des résultats (p. ex., examen des dossiers par outil déclencheur), utiliser les résultats pour éclairer les mesures d'amélioration de la qualité, et boucler la boucle par l'éducation et la rétroaction.
- **Favoriser une culture de la sécurité** par une communication ouverte et respectueuse qui donne la parole aux patients, à leurs proches et à leurs aidants (p. ex., ligne directe, Parlons-en!), et par l'engagement de chefs de file qui appuient les procédures de divulgation et de transmission à l'échelon supérieur.
- Offrir des **programmes d'éducation** pluridisciplinaire afin de soutenir le travail d'équipe, la communication et la conscience situationnelle.

Pour établir une culture de la sécurité et améliorer les résultats cliniques, il faut mettre en œuvre des processus de soins fiables. Cet objectif ne peut être atteint qu'avec le soutien des chefs de file et des administrateurs, et la participation des équipes interdisciplinaires et des patients.

■ Facteurs liés au médecin

Évaluation préopératoire et consentement éclairé

- Réaliser une **évaluation exhaustive**, notamment de l'état actuel du patient et des résultats des tests.
- Obtenir et documenter le **consentement éclairé**, notamment au sujet des risques et des avantages de la chirurgie proposée et des autres solutions possibles.

Prise de décision peropératoire

- Adopter des stratégies afin de reconnaître et d'atténuer les **biais cognitifs** (p. ex., prise de décisions cliniques erronées).
- Appliquer des **pratiques réflexives** pour favoriser l'amélioration clinique et l'apprentissage partagé.

Prise en charge et suivi postopératoires

- Fournir des **instructions claires à l'équipe** à propos de l'évaluation et de la surveillance postopératoires.
- S'assurer que la **documentation expose bien le plan de traitement** afin de favoriser la continuité des soins.
- Transmettre des instructions claires au patient et à ses proches au moment du **congé éclairé**, en expliquant quels symptômes surveiller et dans quelles circonstances consulter un médecin.

La sécurité des soins chirurgicaux exige l'amélioration continue des pratiques, la divulgation et le soutien d'une culture de la sécurité qui encourage la prise de parole, la déclaration et l'analyse appropriée des incidents liés à la sécurité des patients, et le partage des leçons apprises.

■ Facteurs liés à d'autres professionnels de la santé (p. ex., infirmière)

- S'assurer que tous les **objets usuels ou non sont comptés** (p. ex., éponges, serviettes, pansements, aiguilles, instruments et objets réputés « trop gros ou évidents » pour être oubliés); séparer les éponges les unes des autres pour bien les compter; s'assurer que l'ajout de tout nouvel objet en cours d'intervention est documenté.
- Appliquer des **pratiques réflexives** pour favoriser l'amélioration clinique et l'apprentissage partagé.

Conclusion

Pour améliorer la culture de la sécurité dans le secteur chirurgical, tous les membres de l'équipe de soins doivent collaborer et s'engager à adopter des pratiques sécuritaires. Tous les professionnels de la santé doivent s'engager à concevoir des systèmes de soins sécuritaires et s'en faire les champions.