

ANALYSE DÉTAILLÉE

Sécurité des soins chirurgicaux au Canada :

Examen sur 10 ans des dossiers médico-légaux de l'ACPM et de l'HIROC

Analyse détaillée

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Contexte | 1 |
| Objectif | 1 |
| Méthodologie | 2 |
| Limites | 2 |
| Résultats | 3 |
| Données de l'ICIS sur la performance du système de santé canadien | 11 |
| Ressources pour des soins chirurgicaux sécuritaires | 11 |
| Glossaire sur la sécurité du patient | 13 |
| Glossaire médico-légal | 15 |
| Références | 17 |

Contexte

En janvier 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) créait le Consortium national de sécurité des patients en collaboration avec des partenaires clés du domaine de la santé, afin de dresser un plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Ce plan d'action comprend quatre grands axes prioritaires : la sécurité des soins chirurgicaux, l'utilisation sécuritaire des médicaments, la sécurité des soins à domicile, et la prévention et le contrôle des infections.

Le Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux tenu en mars 2014 visait à élaborer un plan d'action national sur la sécurité des soins chirurgicaux. Plus de 30 représentants des parties intéressées – incluant des associations professionnelles, des ministères provinciaux, des autorités en matière de santé, des conseils de la qualité et des groupes de patients – y ont participé. Le Plan d'action sur la sécurité chirurgicale rend compte des sept thèmes abordés durant ce sommet : mesures et analyse; accès aux soins; meilleures pratiques; participation du patient; travail d'équipe et communication; infrastructure pour l'amélioration de la qualité; et leçons tirées des incidents chirurgicaux liés à la sécurité des patients. On y reconnaît la nécessité d'analyser rétrospectivement les données sur les incidents chirurgicaux et de publier les résultats de cet exercice dans un rapport diffusé à l'échelle nationale.¹

Le Consortium a donc demandé à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), qui offre une protection en matière de responsabilité médicale à la plupart des médecins canadiens, 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. Bien qu'elles offrent leurs services à des groupes différents, l'ACPM et l'HIROC ont entrepris l'analyse étendue et exhaustive des données issues de leurs activités respectives afin de tirer des leçons des dossiers analysés. L'ACPM et l'HIROC sont déterminées à mettre en commun leur expertise dans le domaine médico-légal pour favoriser l'apprentissage partagé et la reconnaissance des plus importantes mesures à prendre pour améliorer le système de santé.

Objectif

Plus d'un million d'interventions chirurgicales sont pratiquées annuellement au Canada;² chaque intervention offre des avantages et comporte des risques. Malgré les efforts des professionnels de la santé, des équipes de soins et des établissements de santé pour offrir des soins sécuritaires, des incidents liés à la sécurité des patients se produisent quand même.

Les améliorations proposées dans le présent rapport sont fondées sur l'analyse détaillée des leçons retenues à la suite de plaintes et de règlements mettant en cause des professionnels de la santé et des établissements au Canada, et de constatations issues des dossiers médico-légaux conclus.

L'incident lié à la sécurité des patients désigne un événement ou une situation qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice. Selon le rapport d'une étude qui a fait date, 7,5 patients hospitalisés sur 100 dans les établissements de soins de courte durée au Canada auraient été victimes d'un incident lié à la sécurité, et 36,9 % de ces incidents sont jugés évitables.³ D'autres chercheurs ont observé que plus de la moitié des incidents liés à la sécurité des patients en milieu hospitalier mettent en cause les traitements et soins chirurgicaux.^{4,5}

Les hôpitaux et les tribunaux ont des mandats différents en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité, et ils n'emploient pas les mêmes termes et démarches. Cette analyse étaye les leçons tirées des dossiers médico-légaux pour soutenir l'amélioration de la qualité et de la sécurité. La sécurité du patient est l'affaire de tous et

elle ne peut être assurée que si les gouvernements, les établissements de soins de santé, les établissements d'enseignement, les professionnels de la santé et les patients travaillent ensemble.^{6,7} Pour réduire le risque de préjudice, il est impératif de reconnaître les incidents chirurgicaux et d'en analyser scrupuleusement les facteurs contributifs.

Le lecteur trouvera un glossaire des termes utilisés dans ces pages à la fin du présent rapport.

Méthodologie

Aux fins de l'analyse, 1 583 et 1 391 rapports médico-légaux d'incident chirurgical en milieu hospitalier ont été cernés dans les bases de données respectives de l'ACPM et de l'HIROC. Il s'agissait de dossiers conclus ou réglés au Canada entre 2004 et 2013. L'analyse de ces dossiers mettant en cause des chirurgiens de toutes les spécialités a été axée sur la fréquence, la gravité et l'issue clinique des incidents.

L'ACPM applique la norme CIM-10-CA – version améliorée pour le Canada de la 10^e version révisée de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) pour codifier les états pathologiques et les interventions. L'HIROC se sert également de ces deux normes ainsi que de codes d'exposition aux risques.

Un incident chirurgical désigne un incident lié à la sécurité des patients qui survient avant, pendant ou après une intervention chirurgicale. Les facteurs contributifs cernés relevaient de défaillances du système, de facteurs liés au professionnel de la santé ou des risques inhérents aux soins chirurgicaux.

Limites

Pour bien évaluer les données présentées dans ce rapport, il faut tenir compte des facteurs suivants :

- Tous les incidents chirurgicaux ne sont pas déclarés à l'ACPM ou à l'HIROC.
- Les incidents liés aux soins obstétricaux ont été exclus de l'analyse car ces soins se distinguent des autres par des enjeux et des coûts uniques. Nous avons également exclu les recours collectifs pour éviter de surpondérer un problème en particulier.
- Seules les données agrégées ont été communiquées. Le chevauchement de données est probable, mais il n'a pas été quantifié.
- Comme l'ACPM et l'HIROC appliquent des méthodes de codification distinctes pour saisir les facteurs contributifs, leur interprétation des données peut différer.
- L'analyse n'a porté que sur les données versées aux dossiers de l'ACPM et de l'HIROC; nous n'avons pas accès à tous les dossiers médicaux.

Résultats

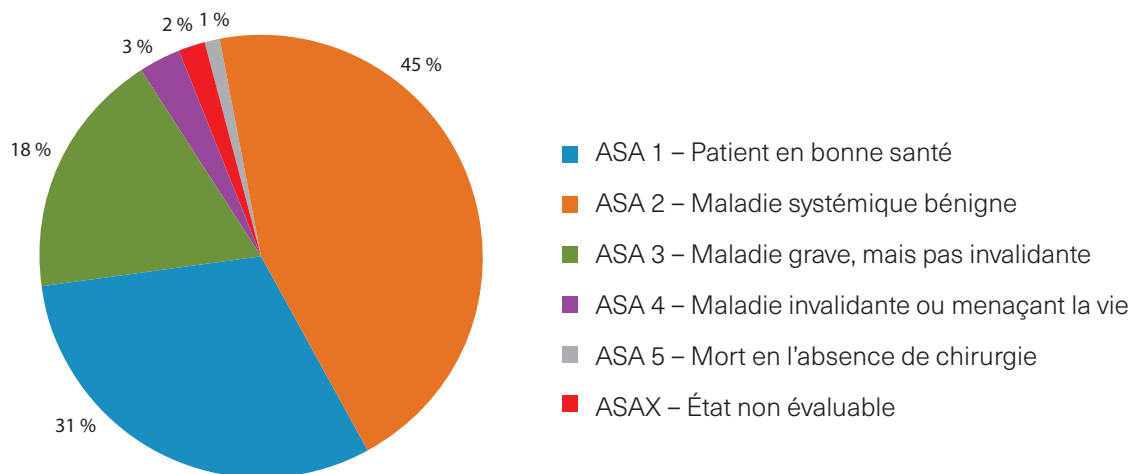
Facteurs liés au patient

L'analyse a porté sur des patients de tous âges; 70 % des patients mentionnés dans les dossiers de l'ACPM avaient plus de 40 ans, et l'âge moyen des patients était de 49 ans.

La comorbidité était documentée dans plus de la moitié des dossiers de l'ACPM, mais il se peut qu'elle ne l'ait pas toujours été dans la documentation médico-légale. Le tabagisme et l'obésité étaient les autres états morbides les plus fréquents, suivis par le diabète et des maladies cardiaques telles que l'hypertension et les coronaropathies.

Le score physique de l'American Society of Anesthesiologists (ASA), qui sert à classer l'état de santé préopératoire des patients,⁹ était fourni dans 80 % (1274/1583) des dossiers de l'ACPM : ce score étant de 1 (patient en bonne santé) ou 2 (maladie systémique bénigne) dans 76 % de ces dossiers, les patients étaient plutôt en bonne santé avant d'être opérés.

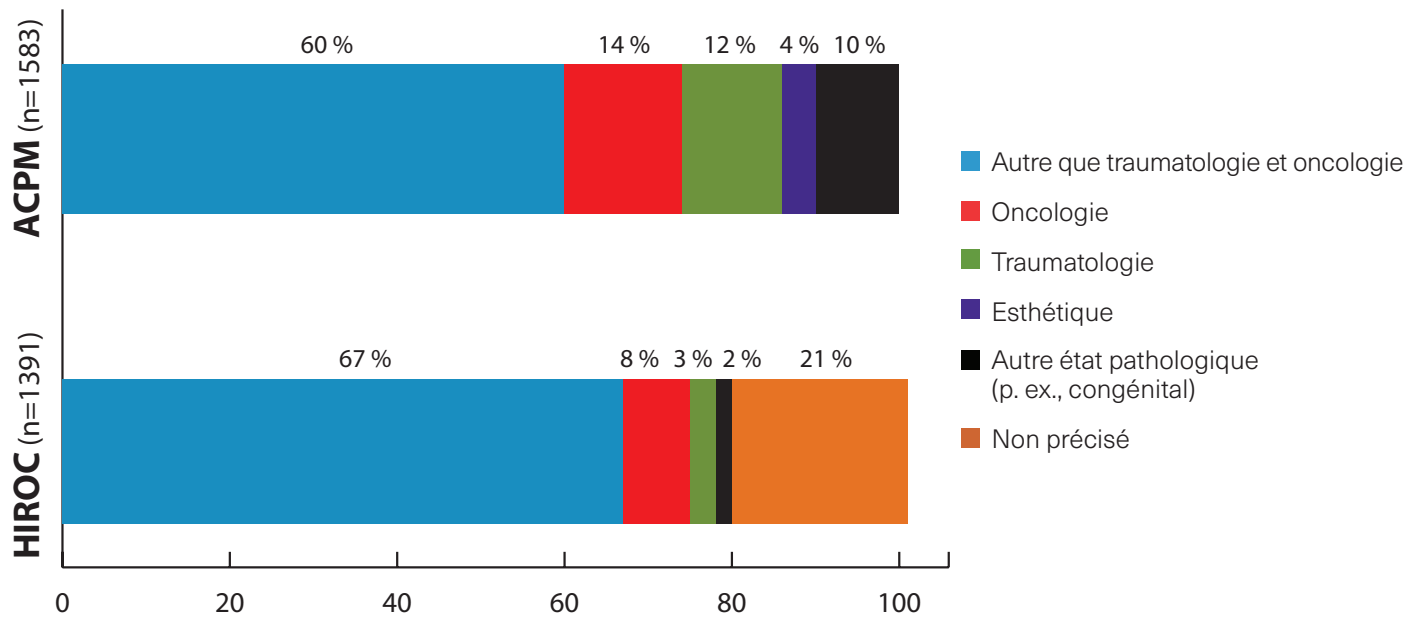
Figure 1. Score physique de l'ASA, dossiers conclus de l'ACPM, de 2004 à 2013 (n = 1274)



Nature du traitement chirurgical

L'intervention était le plus souvent une réparation ou une excision chirurgicale pratiquée dans un contexte autre que l'oncologie ou la traumatologie (p. ex., inflammation ou infection). Les cinq sièges d'intervention les plus souvent cités dans les dossiers médico-légaux de l'ACPM étaient l'utérus, la vésicule biliaire, le côlon, les muscles de la poitrine ou de l'abdomen (cure de hernie) et le sein.

Figure 2. Distribution des traitements chirurgicaux par type, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013



Note : Esthétique désigne les interventions pratiquées pour des raisons esthétiques.

Personnes impliquées et circonstances de l'incident chirurgical

Les chirurgiens travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé à toutes les étapes des soins. Comme prévu, l'ACPM, qui offre une protection en matière de responsabilité médicale à la plupart des médecins canadiens, a rapporté l'implication d'au moins un médecin dans tous les dossiers d'incident chirurgical, et celle d'autres professionnels de la santé (incluant des résidents et des infirmières) dans 18 % des dossiers. Dans les dossiers de l'HIROC, le plus important fournisseur d'assurance responsabilité professionnelle pour les établissements de soins de santé canadiens et leurs employés, des infirmières et d'autres professionnels de la santé (à l'exclusion des résidents) étaient mis en cause dans 31 % des cas d'incident chirurgical, tandis que des médecins et des résidents l'étaient dans 77 % des cas.

Figure 3. Distribution des cas par professionnel de la santé, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013

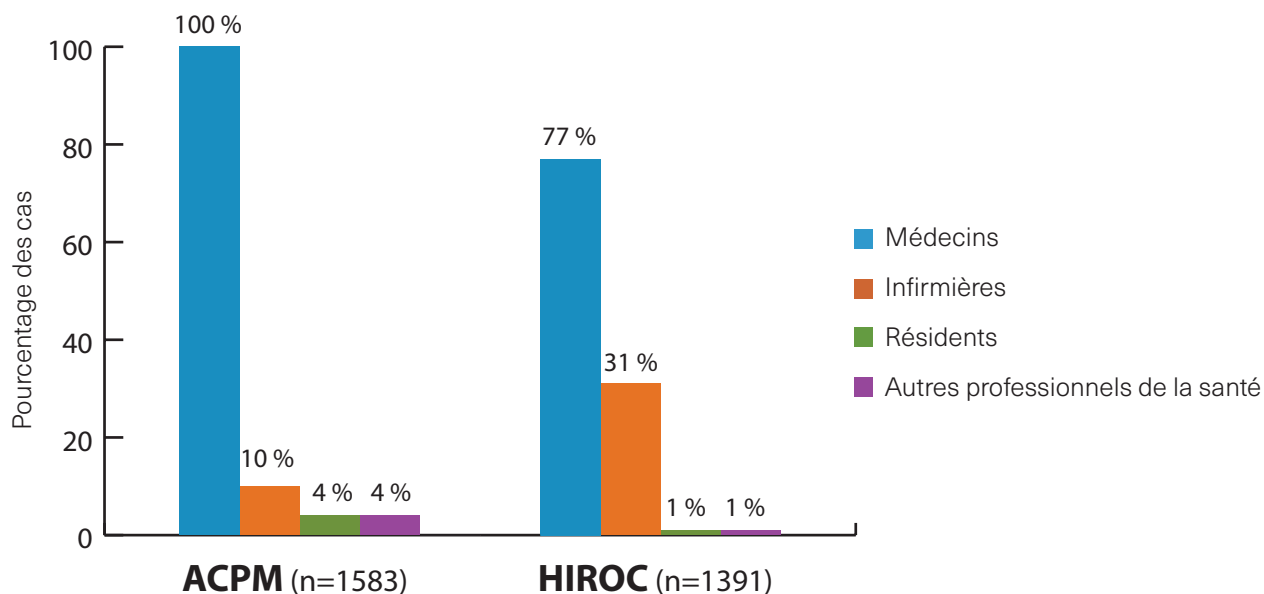
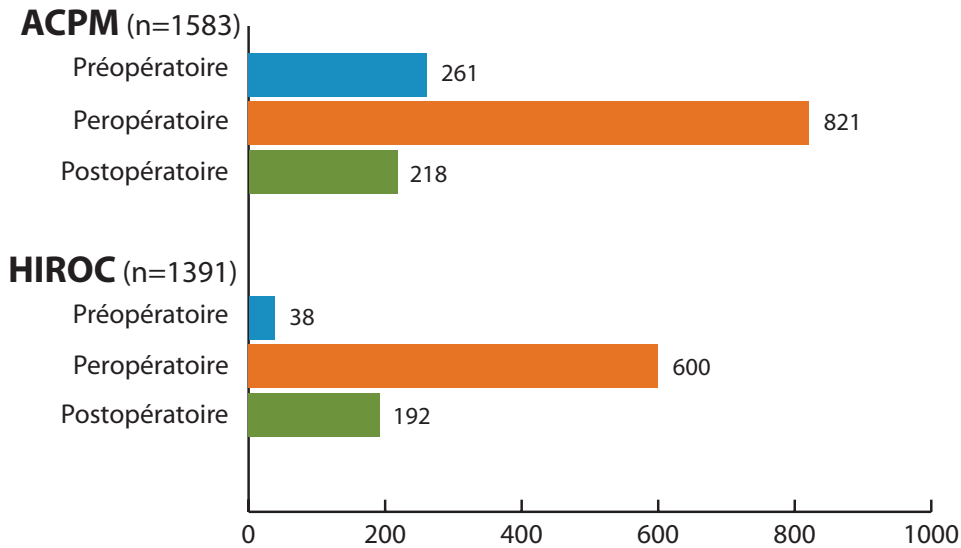


Tableau 1. Lieu de l'incident chirurgical, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013

| Lieu de l'incident chirurgical | ACPM (n=1583) | HIROC (n=1391) |
|---|------------------|-------------------|
| | Nbre (%) de cas | Nbre (%) de cas |
| Salle d'opération (SO) et SO du service de chirurgie d'un jour | 1401 (89) | 975 (70) |
| Unités de soins | 106 (7) | 80 (6) |
| Service de soins intensifs | 37 (2) | 33 (2) |
| Service des urgences | 93 (6) | 19 (1) |
| Cabinet du médecin | 62 (4) | 6 (0,4) |
| Autres (p. ex., clinique de l'hôpital, salle de traitements, service d'imagerie diagnostique) | 237 (15) | 45 (3) |

Note : Un même incident chirurgical peut se produire à plusieurs endroits.

Figure 4. Étape des soins à laquelle l'incident chirurgical est survenu, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013



Note: Il n'a pas toujours été possible de dire à quelle étape des soins l'incident est survenu.

Préjudices subis par le patient

Les préjudices subis par le patient vont de la mort au préjudice bénin, et incluent des infections, des brûlures, des hémorragies et des complications secondaires à l'évolution d'une maladie.

Figure 5. Gravité des préjudices subis par les patients, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013

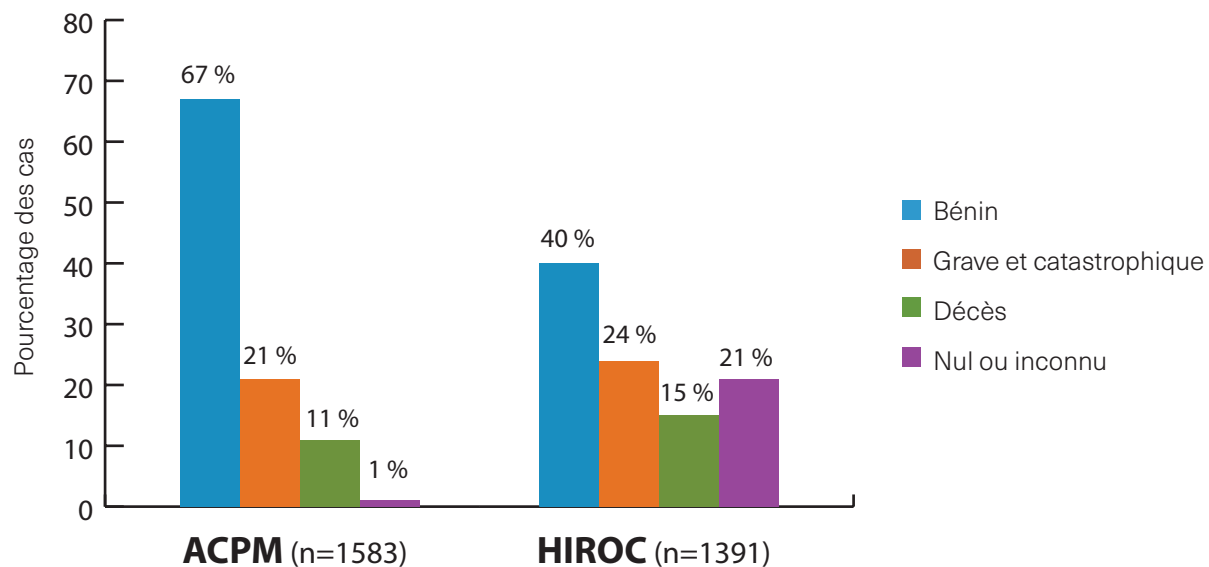
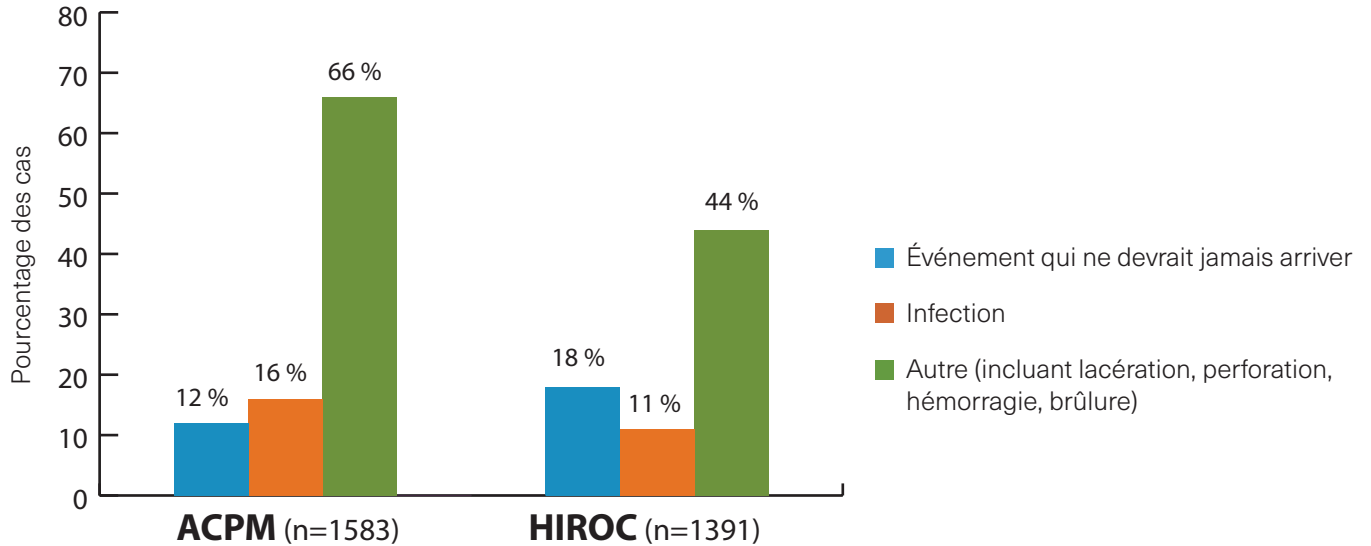
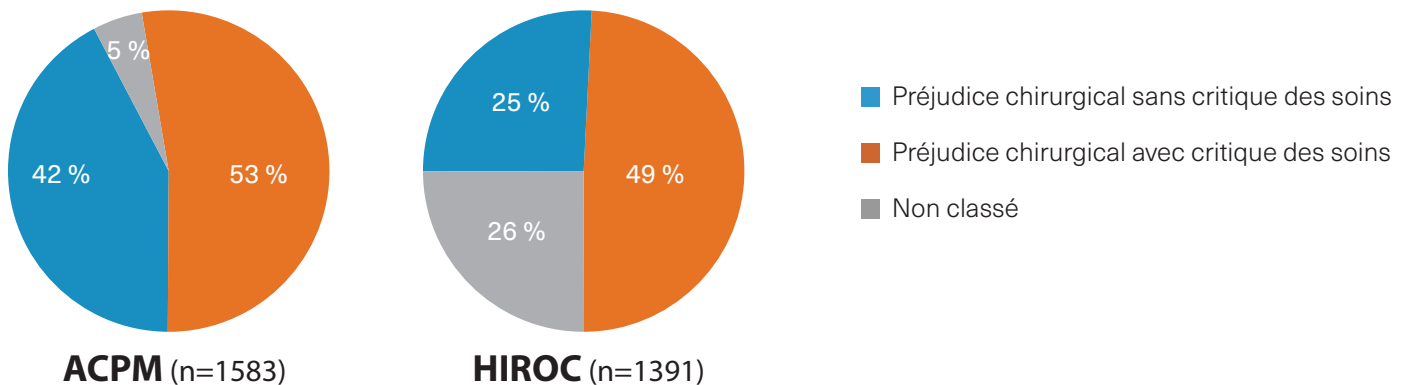


Figure 6. Type d'incident chirurgical, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013



Même pratiquée par le plus chevronné des chirurgiens, toute intervention chirurgicale est un acte complexe qui peut exposer le patient à un risque notable. Des experts ayant une formation comparable et exerçant le même genre d'activité ont formulé leur interprétation ou leur opinion des facteurs cliniques, scientifiques ou techniques relatifs aux incidents examinés, pour cerner les lacunes en matière de soins cliniques prodigués par les médecins et d'autres professionnels de la santé.

Figure 7. Critiques des soins cernées par les experts, dossiers conclus de l'ACPM, de 2004 à 2013



Facteurs ayant contribué aux incidents chirurgicaux

Le préjudice chirurgical impose des coûts humains et monétaires aux patients et à leurs proches, mais également aux professionnels de la santé, aux établissements de soins et à la société. L'ACPM et l'HIROC contribuent à indemniser les patients et leurs proches par des sommes compensatoires ou des règlements.

Les experts ont cerné les facteurs liés au système, au médecin et à d'autres professionnels de la santé qui ont contribué aux incidents chirurgicaux.

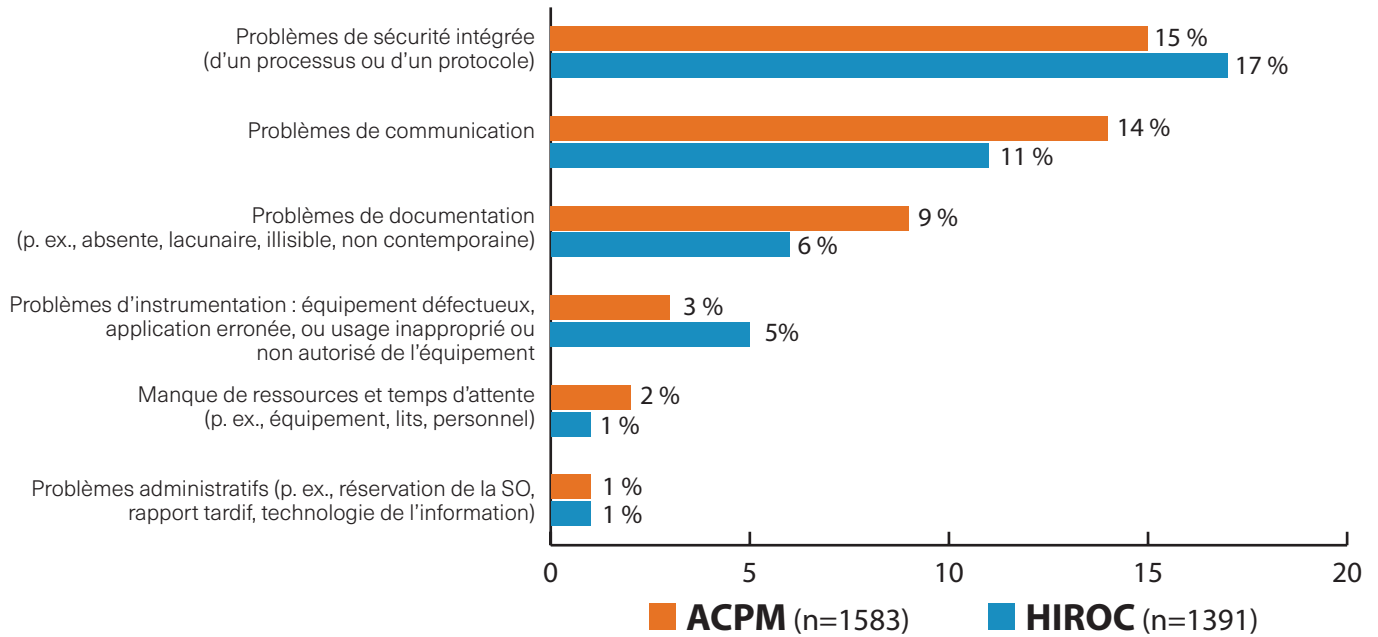
Tableau 2. Facteurs contributifs cernés par les experts, dossiers conclus de l'ACPM, de 2004 à 2013

| Facteurs contributifs | ACPM (n=1583) | HIROC (n=1391) |
|---|------------------|-------------------|
| | % des cas | % des cas |
| 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.*

Les facteurs contributifs liés au système incluaient des failles dans les processus visant à éviter les incidents chirurgicaux ou à en atténuer les répercussions, la non-adhésion aux protocoles de sécurité chirurgicale, les problèmes de communication et les problèmes de documentation.

Figure 8. Facteurs liés au système cernés par les experts, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013



Les experts ont également cerné des carences quant aux soins cliniques fournis par les médecins et d'autres professionnels de la santé, comme des problèmes ayant trait à la prise de décision ou à la conscience situationnelle.

Figure 9. Facteurs liés au médecin cernés par les experts, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013

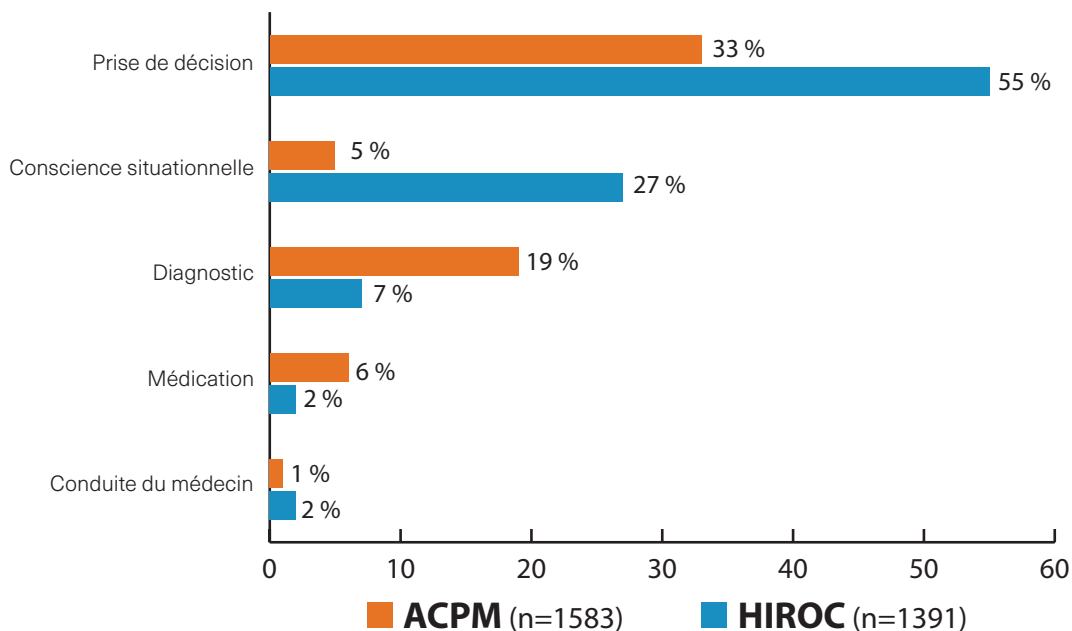
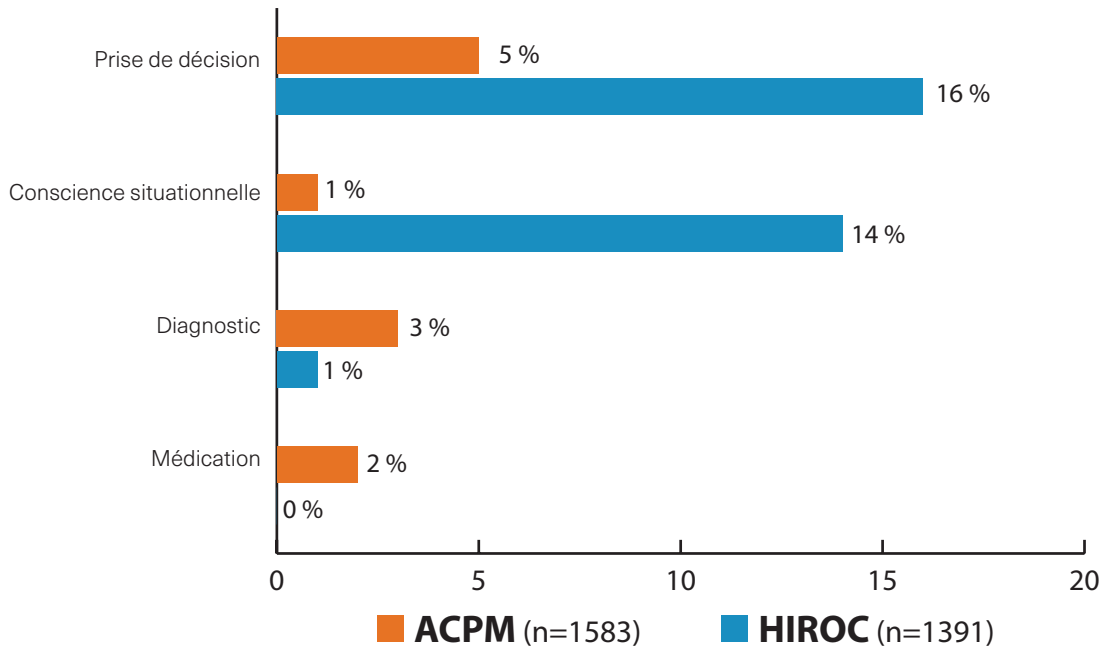


Figure 10. Facteurs liés aux professionnels de la santé cernés par les experts, dossiers conclus de l'ACPM et de l'HIROC, de 2004 à 2013



Les recommandations faites dans ce rapport sont fondées sur l'examen par des experts, qui ont reconnu dans bien des cas que les incidents chirurgicaux surviennent rarement isolément, et qu'ils découlent souvent de la conjonction de facteurs liés au professionnel de la santé et au système. Dans certains cas, l'examen d'un incident chirurgical réalisé par l'hôpital a entraîné la modification des pratiques ou l'amélioration des protocoles, pour aider l'établissement et les professionnels de la santé à offrir des soins chirurgicaux plus sécuritaires.

Les résultats de cette analyse rétrospective et collaborative des incidents chirurgicaux survenus au Canada étayent le Plan d'action sur la sécurité des soins chirurgicaux de l'ICSP et fournissent une occasion d'apprentissage partagé. L'ACPM et l'HIROC sont déterminées à améliorer la sécurité des patients en continuant de mettre leurs données en commun afin de cerner et de saisir les occasions d'améliorer le système et les pratiques.

Données de l'ICIS sur la performance du système de santé canadien

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a conçu un outil de production des rapports pancanadiens sur la performance du système de santé, où la prestation de soins sécuritaires et efficaces est au cœur d'un système de santé très performant. Avec cet outil, l'ICIS publie des rapports sur les indicateurs de l'efficacité des soins chirurgicaux. Par exemple, la récente tendance à la baisse de la mortalité observée au Canada au cours des 30 jours suivant une chirurgie pourrait témoigner d'une recrudescence de l'attention accordée aux protocoles de sécurité chirurgicale. En revanche, la plus grande fréquence d'oubli de corps étrangers après une intervention chirurgicale au Canada par rapport aux autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, de même que la tendance à la hausse de la fréquence de réhospitalisation postopératoire, incitent à penser que les soins peropératoires et postopératoires et la coordination des soins sont susceptibles d'amélioration au Canada.

Pour se renseigner davantage sur les indicateurs de santé, visiter le site de l'ICIS à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr>.

Mortalité hospitalière après une chirurgie majeure

<http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/indepth?lang=fr#/indicator/020/2/C5001/>

Oubli de corps étrangers après une intervention

<https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/outil-interactif-de-locde-etat-de-sante>

Réhospitalisation de patients après une chirurgie

<http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/indepth?lang=fr#/indicator/028/2/C5001/>

Ressources pour des soins chirurgicaux sécuritaires

Agrément Canada (<https://www.accreditation.ca/>)

- Programme d'Agrément Canada
- Normes
- Pratiques organisationnelles requises (POR)

Association canadienne de protection médicale (<https://www.cmpa-acpm.ca>)

- Guide des bonnes pratiques (<https://www.cmpa-acpm.ca/gbp>)
- Guides (<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/handbooks>)
 - Divulgarion d'un préjudice résultant de la prestation des soins : Pour une communication ouverte et honnête avec les patients
- Articles (<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/browse-articles>)
 - Listes de vérification d'une chirurgie sécuritaire : une approche d'équipe à la sécurité des patients
 - L'anticipation : La valeur de la conscience situationnelle
 - Le départ des patients après une chirurgie d'un jour
- En ACTION pour des soins sécuritaires (<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/cmpa-risk-fact-sheets>)
 - Risques médico-légaux associés aux mauvaises interventions et à celles pratiquées sur le mauvais site ou le mauvais patient
 - Évaluation des patients en période préopératoire
 - La période peropératoire : lorsqu'un corps étranger est laissé par inadvertance
 - Le congé et le suivi en période postopératoire

Institut canadien pour la sécurité des patients (<http://www.patientsafetyinstitute.ca>)

- Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/surgical-safety-checklist-resources.aspx>)
- Patients pour la sécurité des patients du Canada (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/ppsc/pages/default.aspx>)
- Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/pages/default.aspx>)
- Infection du site opératoire : Trousse de départ (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>)

Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (<https://www.hiroc.com/risk-management.aspx>) (en anglais)

- Risk Reference Sheets (feuilles d'information sur les risques médicaux et chirurgicaux, p. ex., la chirurgie inutile ou obsolète et l'oubli de corps étrangers)
- Risk Notes (feuilles d'information sur divers thèmes, p. ex., les directives médicales, l'obtention du consentement éclairé au traitement)
- Webinaires (p. ex., leçons tirées de dossiers fermés; hyperbilirubinémie)
- Risk Resource Guides (guides de ressources sur la gestion des risques et des incidents critiques à l'intention des professionnels de la santé)
- Risk Watch (résumés pénétrants des plus récents articles révisés par les pairs)
- Bibliothèque d'études de cas

Campagne Prenez la parole! de l'Hôpital général juif (<http://www.jgh.ca/fr/iqPrenezLaParole>)

National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)

(Programme national d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux de l'American College of Surgeons; en anglais) (<https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>)

- Collaboration du Canada au programme NSQIP (<https://bcpsqc.ca/clinical-improvement/nsqip/canadian-nsqip-collaborative/>)
- Amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario (<http://www.hqontario.ca/Pour-équipes-dAQ/Amélioration-de-la-qualité-des-soins-chirurgicaux-en-Ontario>)
- Participation de l'Hôpital général juif au programme NSQIP (<http://jgh.ca/fr/nouvelles?id=405&year=2013>)

Glossaire sur la sécurité du patient

| Terme | Définition |
|---|---|
| Amélioration de la pratique | Activités professionnelles visant à améliorer la prestation des soins, fondées sur le principe de la reconnaissance et de la satisfaction des besoins uniques des professionnels de la santé en matière d'apprentissage. ⁹ |
| Amélioration de la qualité | Approche systématique à l'apport de changements pour améliorer la pratique clinique et le rendement du système de santé, de favoriser le développement professionnel et/ou organisationnel, et obtenir de meilleurs résultats de santé pour le patient et la population. ¹⁷ |
| Biais cognitif | Une façon de penser qui influence le raisonnement et le processus décisionnels, et qui résulte parfois en un jugement inexact. ⁹ |
| Congé éclairé | Communication, à la suite de l'évaluation ou du traitement, entre un professionnel de la santé et un patient visant à informer le patient des signes et des symptômes cliniques susceptibles d'indiquer la nécessité d'obtenir des soins médicaux supplémentaires. ⁹ |
| Conscience situationnelle | Processus dynamique de perception et de compréhension de l'information présente autour de soi. Consiste à suivre le fil des événements pour prévoir les besoins et s'y préparer. ⁹ |
| Consentement éclairé | Communication des renseignements sur la nature, les conséquences et les risques importants et particuliers de l'investigation ou de la thérapie proposée et de toute intervention de rechange, qu'une personne raisonnable aimerait vraisemblablement obtenir afin de décider de donner ou non son consentement. ⁹ |
| Continuum de soins | Prestation intégrée de soins de santé étalés dans le temps, comportant une gamme de services et plusieurs niveaux de soins, en vue d'atteindre les objectifs du patient en matière de soins de santé. ⁹ |
| Culture juste en matière de sécurité | Démarche en soins de santé où offrir des soins de santé sécuritaires est une valeur fondamentale de l'organisation. La culture encourage et développe les connaissances, les compétences et l'engagement de l'ensemble des dirigeants, des gestionnaires, des professionnels de la santé, du personnel et des patients en vue de prodiguer des soins sécuritaires. Il y a un engagement commun dans l'ensemble de l'organisation concernant la mise en œuvre d'améliorations et le partage des leçons à retenir. La justice constitue un élément important. Tous les intervenants sont conscients des attentes, et, dans l'analyse des événements indésirables, toute responsabilisation professionnelle des professionnels de la santé est établie de manière équitable. ⁹ |
| Déclaration | Communication par des prestataires de soins de santé sur un événement indésirable ou un accident évité de justesse par les canaux appropriés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements de soins de santé, afin de réduire le risque que cet événement se reproduise. ¹ |
| Divulgation | Processus par lequel un incident lié à la sécurité des patients est communiqué au patient par les prestataires de soins de santé. ¹¹ |
| Événement | Fait d'importance qui touche un patient. ⁹ |
| Événement qui ne devrait jamais arriver | Accidents liés à la sécurité des patients qui mènent à de graves préjudices, parfois même à la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de contrôles et de vérifications appropriés. Ce terme ne vise pas à juger, à blâmer, ou à offrir une garantie; il représente plutôt un appel à l'action pour prévenir la récurrence. La prestation de soins aux patients est complexe et le risque est inévitable. Cependant, les organismes de soins de santé et les professionnels de la santé possèdent les connaissances et la capacité nécessaires de réduire la manifestation de ces événements et devraient s'efforcer à les prévenir complètement (p. ex., mauvaises interventions et à celles pratiquées sur le mauvais site ou le mauvais patient ou —, ou oubli d'un corps étranger dans l'organisme après l'intervention). ¹³ |
| Incident chirurgical | Incident lié à la sécurité des patients qui survient avant, pendant ou après une intervention chirurgicale. ¹⁸ |

| Terme | Définition |
|---|---|
| Incident lié à la sécurité des patients | <p>Événement ou situation qui aurait pu entraîner, ou qui a entraîné, un préjudice inutile.¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incident préjudiciable</i> : événement lié à la sécurité du patient qui lui fait subir un préjudice. Remplace les termes « événement indésirable » et « événement sentinelle ». • <i>Incident sans préjudice</i> : incident lié à la sécurité du patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable. • <i>Incident évité de justesse</i> : incident lié à la sécurité du patient qui n'a pas atteint le patient. Remplace le terme « accident évité de justesse ». <p>Au Québec, les termes « accident » et « incident » sont définis dans la législation applicable. Cependant, aucun de ces termes ne correspond parfaitement à la terminologie de l'OMS. En droit québécois, un « accident » désigne une « action ou [une] situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers ». ¹⁵ Le terme « incident », quant à lui, désigne « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences ». ¹⁶</p> <p>Selon son interprétation de la législation en vigueur au Québec, l'ACPM considère que le terme « accident » pourrait correspondre au terme de l'OMS « incident préjudiciable » tandis que le terme « incident » comprendrait les expressions de l'OMS « incident sans préjudice » et « incident évité de justesse ».</p> |
| Outil déclencheur | Démarche de vérification rétrospective où certains événements (p. ex., réhospitalisation, anomalies des paramètres biologiques ou utilisation de certains médicaments) servent d'indicateurs pour reconnaître d'éventuels incidents liés à la sécurité des patients. ⁹ |
| Pratique réflexive | Réflexion et analyse consciente du processus décisionnel, dans le cadre des connaissances cliniques et des normes de pratique pertinentes, visant à favoriser l'épanouissement professionnel et personnel. ⁹ |
| Préjudice | Résultat qui influe défavorablement sur la santé ou la qualité de vie d'un patient. ⁹ |
| Prise de décision clinique | Application des connaissances requises pour pouvoir prendre des décisions afin de relever des indices cliniques, formuler des hypothèses de diagnostic, de demander des examens diagnostiques ou de suivi, de recueillir des données pour évaluer l'efficacité d'une conduite adoptée, d'évaluer la gravité ou la probabilité d'un résultat donné ou d'établir un plan de prise en charge. ¹⁰ |
| Processus des soins chirurgicaux | <p>Processus qui encadre les soins offerts au patient durant les étapes d'une intervention.</p> <p>Étapes et définitions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Période préopératoire</i> : Débute avec le diagnostic de l'indication de chirurgie et la décision du patient de subir une opération, pour se terminer quand le patient est confié à l'équipe chirurgicale en salle d'opération. 2. <i>Période peropératoire</i> : Débute à l'arrivée du patient en salle d'opération et se termine quand le patient est confié à l'équipe de soins postopératoires (p. ex., salle de réveil, soins intensifs). 3. <i>Période postopératoire</i> : Débute quand l'équipe de soins postopératoires reçoit le patient et se termine quand le chirurgien donne son congé au patient. |

| | |
|------------------------------------|---|
| Transfert des soins | Transfert temporaire ou permanent de la responsabilité d'une partie ou de la totalité des soins d'un patient ou d'un groupe de patients. ⁹ |
| Transmission à l'échelon supérieur | Communication des préoccupations aux échelons hiérarchiques appropriés à la gravité de la situation clinique. ¹² |
| Système à sécurité intégrée | Protocoles, procédures ou systèmes dans les hôpitaux, les cabinets et les cliniques conçus pour prévenir ou atténuer les erreurs. ⁹ |

Glossaire médico-légal⁹

| Terme | Définition |
|-----------------------------------|---|
| Causalité | Relation de la cause à l'effet qu'elle produit. En droit, pour prouver la causalité, le demandeur doit établir qu'il existe une relation, ou un lien de causalité, entre le manquement allégué à une obligation (ou, au Québec, la faute professionnelle alléguée) et le préjudice ou la lésion qu'il affirme avoir subi. |
| Compensation financière | En droit, somme versée à titre de réparation pour un préjudice ou une lésion. |
| Devoir de diligence | Ensemble des obligations attachées à la relation médecin-patient, comprenant l'obligation, lorsque cela est approprié, de se rendre au chevet du patient, de poser un diagnostic, de prodiguer des conseils et un traitement et de consulter un collègue. |
| Expert | Professionnel dont les services ont été retenus pour fournir une opinion fondée sur ses compétences et ses connaissances dans un domaine précis. |
| Jugement clinique | Décision ou choix raisonnable consécutif à l'examen attentif de l'état des choses. |
| Litige (poursuite, action civile) | <p>Dans les causes médico-légales (civiles), le demandeur demande aux tribunaux d'ordonner le versement d'une compensation financière (dommages et intérêts) pour le préjudice ou la lésion qu'il a subi à cause de la négligence, de la faute professionnelle ou de l'inconduite du défendeur. Presque toutes les causes médico-légales intentées au Canada sont des actions civiles et non des actions criminelles. Plusieurs défendeurs différents peuvent être désignés dans une poursuite médicale, par exemple des professionnels de la santé, des hôpitaux ou des établissements, des fabricants d'équipement ou des sociétés pharmaceutiques.</p> <p>La cause d'action ou la demande principale est habituellement une allégation de négligence ou de faute professionnelle visant le professionnel de la santé; cependant, des soins inadéquats, l'absence de consentement éclairé, des voies de fait, une violation contractuelle ou un manquement à une obligation fiduciaire constituent d'autres allégations possibles. Dans les actions civiles, le demandeur obtient habituellement une compensation financière si la cause d'action est reconnue par le défendeur ou prouvée en droit. Les tribunaux fondent leurs décisions sur la prépondérance des probabilités.</p> |

| Terme | Définition |
|-----------------------------------|---|
| Négligence | <p>Concept juridique. Dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, sauf au Québec, afin d'établir qu'il y a eu négligence de la part d'un médecin, le patient demandeur doit prouver à la satisfaction des tribunaux qu'il a subi un préjudice causé par le médecin qui ne s'est pas conformé à une norme de pratique raisonnable et acceptable. Afin d'établir s'il y a eu négligence ou faute professionnelle, les tribunaux appliquent non pas une norme de pratique visant la perfection, mais plutôt la norme de pratique dont un collègue devrait raisonnablement faire preuve dans des circonstances semblables.</p> <p>Au Québec, la faute professionnelle est un concept au cœur de la responsabilité civile. Toute personne a le devoir de se conformer à certaines règles ou normes de conduite, sous peine de commettre une faute professionnelle. Le demandeur doit démontrer que le médecin a commis une faute professionnelle, c'est-à-dire qu'il n'a pas agi de manière raisonnable et prudente comme l'aurait fait un médecin de formation et d'expérience comparables dans les mêmes circonstances. Le demandeur doit aussi avoir subi un préjudice à la suite de la faute et établir que cette faute est la cause du préjudice.</p> |
| Norme de pratique | <p>En droit, degré de compétence et d'habileté professionnelle dont un collègue aurait raisonnablement fait preuve dans des circonstances semblables. La mesure appropriée de cette norme repose sur un critère de conduite raisonnable et non de perfection. Les tribunaux établissent si le défendeur a eu une conduite raisonnable à partir des témoignages des experts. Les avocats du patient demandeur comme du médecin défendeur peuvent demander l'avis d'experts médicaux et non médicaux.</p> |
| Règlement (transaction au Québec) | <p>Entente, qui prévoit habituellement le versement d'une compensation pécuniaire, conclue dans le cadre d'une poursuite entre des parties adverses afin de régler le différend qui les oppose. Par exemple, lorsqu'un examen des faits médicaux révèle que le professionnel de la santé a manqué à son devoir de diligence et ainsi causé un préjudice au patient, une transaction monétaire équitable pour toutes les parties en cause est conclue. Une poursuite peut faire l'objet d'une transaction en tout temps avant la fin du procès.</p> |

Références

1. Bilans du Sommet sur la PCI et du Consortium de la sécurité des patients [Internet]. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2014 [cité le 6 juin 2015]. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/newsalerts/news/pages/recap-of-ipac-summit-and-patient-safety-consortium.aspx>.
2. The Surgical Safety Checklist: A Must for Hospitals Performing Surgery [Internet]. Toronto (ON): Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario; avril 2009 [cité le 1^{er} novembre 2015.], 10 p. <https://www.ipc.on.ca/images/Resourcessurgicalsafety.pdf>.
3. Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11): 1678-1686.
4. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: Implication for potential prevention strategies. *Patient Safety in Surgery* [Internet]. 2011, 5:13 [cité le 10 août 2015]. <http://www.pssjournal.com/content/5/1/13>. doi:10.1186/1754-9493-5-13.
5. Rogers SO, Gawande AA, Kwaan M et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery* 2006,140(1): 25-33.
6. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients – results of the Harvard Medical Practice Study II. *NEJM* 1991; 324(6): 377-384.
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3): 261-71.
8. Merchant R, Chartrand D, Dain S et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia, Appendix 2: American Society of Anesthesiologists' Classification of Physical Status. *Can J Anesth* [Internet]. 2015 [cité le 24 août 2015]; 62: 54-79. https://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Appendix%202.pdf
9. Terminologie adaptée par l'Association canadienne de protection médicale. Pour en savoir plus, consulter le <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/glossary-of-terms>.
10. Conseil médical du Canada. Lignes directrices pour l'élaboration de problèmes à éléments-clés et d'énoncés de cas. Août 2012 (V 3) [cité le 6 janvier 2016]. <http://mcc.ca/wp-content/uploads/Lignes-directrices-PDC.pdf>
11. Glossaire [Internet]. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2015 [cité le 6 janvier 2016]. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/pages/glossary.aspx>
12. Frank JR, Brien S, (co-rédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. Les compétences liées à la sécurité des patients : l'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé [Internet]. Ottawa (ON) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008 [cité le 6 janvier 2016], 48 p. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetyCompetencies/Documents/Les%20Comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20%C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20%C3%89dition%20originale.pdf>
13. Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada - Des soins plus sécuritaires pour les patients [Internet]. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; septembre 2015 [cité le 6 janvier 2016]. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>
14. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; janvier 2009 [cité le 6 janvier 2016], 154 p. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
15. Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c C-4.2, art 8
16. Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c C-4.2, art 183.2
17. Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada [Internet]. Conseil canadien de la santé; mars 2013 [cité le 6 janvier 2016]. http://www.conseilcanadiendelasante.ca/rpt_det.php?id=455
18. Incidents chirurgicaux [Internet]. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2015 [cité le 6 janvier 2016]. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/Topic/Pages/Surgical-Incidents.aspx?k=Incidents+chirurgicaux>

Avis de non-responsabilité

Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de pratique » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM ou de l'HIROC est sujet à ce qui précède ainsi qu'aux conditions énoncées dans le Contrat d'utilisation de l'ACPM et de l'HIROC, qui peuvent être consultées aux adresses suivantes : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/terms-of-use> et <https://www.hiroc.com/disclaimer.aspx>.

