A photograph of a pregnant woman with long brown hair, wearing a white t-shirt, sitting and gently holding her belly with both hands. The background is a soft, out-of-focus blue and white. The image is partially obscured by a blue diagonal graphic element.

UN REGARD SUR L'ACCOUCHEMENT :
consolider les soins obstétricaux au Canada

EXAMEN SUR 10 ANS DES DOSSIERS DE L'ACPM ET DE L'HIROC

À propos des organismes participants



La Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) est une bourse d'assurance réciproque (mutuelle) sans but lucratif qui est détenue et administrée par plus de 700 organismes de soins de santé canadiens. Elle a été fondée dans les années 1980 pour répondre aux besoins des organismes de soins de santé qui ne parvenaient pas à trouver d'assurance à un prix raisonnable sur le marché. Le modèle mutualiste (coopératif) sur lequel elle est basée permet de regrouper les données de nombreux organismes aux caractéristiques similaires et offre aux membres la possibilité d'échanger les leçons qu'ils ont apprises et d'exercer une pression collective les uns sur les autres en vue de favoriser la mise en place de programmes de gestion du risque efficaces destinés à réduire les blessures.

ACPM.

Pour l'avancement
des soins de santé

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) est une association sans but lucratif qui fournit une protection médico-légale à quelque 97 000 médecins canadiens. Les équipes collaboratives de cette association recueillent et analysent des renseignements médico-légaux afin de dégager des tendances en matière de risque. Ces renseignements viennent enrichir le vaste corpus de connaissances à partir duquel l'ACPM élabore des programmes de perfectionnement professionnel destinés aux médecins, des outils éducatifs et des énoncés de principe.

Un regard sur l'accouchement : consolider les soins obstétricaux au Canada

La Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et l'Association canadienne de protection médicale détiennent tout droit de propriété intellectuelle sur l'information contenue dans le présent document, sauf avis contraire.

Comment citer ce document : La Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et l'Association canadienne de protection médicale. (2018). Un regard sur l'accouchement : consolider les soins obstétricaux au Canada. Ottawa, ON: L'Association canadienne de protection médicale.

Ce document est aussi disponible en anglais sous le titre : Delivery in focus: Strengthening obstetrical care in Canada.

© 2018 La Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et l'Association canadienne de protection médicale.

Remerciements

Les organismes participants tiennent à remercier sincèrement les auteurs du rapport :

HIROC

- **Joanna Noble**, superviseure, *Transfert de connaissances*
- **Polly Stevens**, vice-présidente, *Gestion des risques associés aux soins de santé*
- **Arlene Kraft**, gestionnaire, *Gestion des risques associés soins de santé*

ACPM

- **D^e Lisa Calder**, directrice, *Analytique des soins médicaux, Soins médicaux sécuritaires*
- **D^e Guylaine Lefebvre**, directrice, *Amélioration de la pratique, Soins médicaux sécuritaires*
- **Anna MacIntyre**, analyste médicale en recherche, *Analytique des soins médicaux*
- **Diane Héroux**, analyste médicale en recherche, auteure, *Analytique des soins médicaux*
- **D^r Douglas Bell**, directeur général adjoint et directeur administratif, *Soins médicaux sécuritaires*

Les organismes partenaires tiennent également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration du présent rapport :

- **Nadia Caswell**, spécialiste en codage, *HIROC*
- **Renee Darling**, analyste médicale, *Analytique des soins médicaux, ACPM*
- **Kristen Hines**, analyste médicale en recherche, auteure, *Analytique des soins médicaux, ACPM*
- **Jun Ji**, statisticienne, *Analytique des soins médicaux, ACPM*
- **Jean Johnstone**, administratrice de projets, *Analytique des soins médicaux, ACPM*
- **Jodi Potter**, coordonnatrice, *Gestion des risques associés aux soins de santé et codage, HIROC*
- **Tamica Smith**, spécialiste en codage, *HIROC*
- **Anne Steen**, superviseure, *analytique clinique et élaboration de contenu, Analytique des soins médicaux, ACPM*
- **Qian Yang**, gestionnaire, *Renseignements tirés des données, Analytique des soins médicaux, ACPM*

TABLE DES MATIÈRES

1 CONTEXTE

2 OBJECTIF

3 MÉTHODOLOGIE

4 RÉSULTATS

5 **Caractéristiques des dossiers**

Résultats pour les patients

7 **Professionnels impliqués et circonstances de l'incident**

Professionnels impliqués

Stades des soins

Facteurs contributifs aux incidents en obstétrique

9 **Domaines à risque élevé**

Surveillance du fœtus en intrapartum

Déclenchement et accélération du travail avec l'ocytocine

13 Limites

14 RÉPERCUSSIONS

15 STRATÉGIES

Prise de décisions cliniques par les professionnels

Communication au sein de l'équipe

Problèmes liés au système

16 CONCLUSION

17 Glossaire des termes utilisés dans ce rapport

18 ANNEXE A: RESSOURCES DE L'HIROC

Résultats du Programme Risk Assessment Checklists (RAC) de l'HIROC

(Listes de vérification pour l'évaluation des risques)

CONTEXTE

En octobre 2016, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et l'assureur Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) ont collaboré avec Agrément Canada¹ et la Corporation Salus Global pour rédiger le rapport intitulé *Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité.*² Le rapport traite de la sécurité et de la qualité des services d'obstétrique au Canada et cerne également les possibilités d'amélioration.



Reconnaissant que l'ACPM et l'HIROC disposent chacune d'une base de données médico-légales pouvant faire progresser les connaissances sur la sécurité des patients, les deux organisations ont analysé leurs dossiers d'obstétrique respectifs. L'objectif était de découvrir les facteurs ayant contribué aux incidents liés à la sécurité des patients et de déterminer d'autres stratégies d'atténuation des risques pour les professionnels et les organismes de soins de santé. Ce rapport résume ces constatations et ces stratégies.

1. Depuis février 2017, Agrément Canada est affilié à l'Organisation des normes en santé.
2. *Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité* est un rapport de collaboration d'Agrément Canada, de l'HIROC, de l'ACPM et de la Corporation Salus Global. Il décrit la qualité et la sécurité des services d'obstétrique au Canada de 2004 à 2015 et a été publié en 2016.

OBJECTIF :

L'obstétrique est un domaine de pratique clinique à risque élevé en ce qui concerne les résultats pour les patients. Cette discipline est associée aux incidents les plus graves, quoique rares, liés à la sécurité des patients. Une analyse récente des données de l'ACPM a révélé que les dossiers d'obstétrique représentaient environ le quart de tous les coûts associés à la responsabilité de l'ACPM et le tiers des compensations versées aux patients. Une analyse récente des données de l'HIROC a révélé que l'obstétrique représentait 45 % de tous les coûts associés à la responsabilité et 46 % des paiements d'indemnisation aux patients. Les dossiers liés à la responsabilité représentent 85 % de tous les dossiers signalés à l'HIROC.

Étant donné que l'ACPM est le principal fournisseur de protection en matière de responsabilité médicale pour les médecins du Canada et que l'HIROC est le plus important fournisseur d'assurance-responsabilité médicale pour les organisations de soins de santé du Canada et leurs employés, les données des deux organisations représentent des points de vue complémentaires sur la sécurité des patients en obstétrique et sur la qualité des soins.

Les dossiers médico-légaux représentent une faible proportion des incidents liés à la sécurité des patients et ne sont pas représentatifs de l'ensemble des incidents liés à la sécurité des patients. Néanmoins, ils constituent une riche source de données pour d'importants thèmes liés à la sécurité des patients.

Ce rapport comprend les résultats des listes de contrôle pour l'évaluation des risques de l'HIROC (voir l'annexe A). Cet outil novateur permet aux organismes de soins de santé et aux professionnels de la santé canadiens d'autoévaluer systématiquement la conformité aux stratégies qui atténuent les risques et qui sont fondées sur des données probantes.

Ce rapport décrit les résultats d'une analyse conjointe des dossiers d'obstétrique, appuie les enseignements à tirer de ces dossiers et fait progresser les efforts d'amélioration de la sécurité et de la qualité pour les patientes.

MÉTHODOLOGIE

Cette analyse rétrospective des dossiers médico-légaux de l'ACPM et de l'HIROC comprenait les incidents en obstétrique survenus dans les hôpitaux entre 2004 et 2013. Les dossiers de l'ACPM étaient déjà conclus au moment de l'analyse, tandis que ceux de l'HIROC comprenaient des réclamations en cours (c.-à-d. non résolues) de même que des réclamations potentielles. Les règlements globaux (c.-à-d. les réclamations fondées en droit, présentées par de multiples demandeurs et réglées avec un ou plusieurs défendeurs) et les dossiers liés à une sage-femme ont été exclus. L'ACPM a aussi exclu les plaintes déposées auprès des organismes de réglementation de la médecine (Collèges) ainsi que les plaintes intrahospitalières. Bien que l'ACPM et l'HIROC aient pu représenter des parties distinctes pour le même incident, le chevauchement probable des données n'a pas été quantifié. 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 médicales. L'HIROC se sert également de ces deux normes ainsi que de codes d'exposition aux risques pour saisir les mêmes renseignements. Les deux organisations utilisent également leurs propres cadres distincts pour déterminer et analyser les incidents en obstétrique et leurs facteurs contributifs.³ Nous avons analysé les données de façon descriptive au moyen de fréquences et de proportions.

3. Adele McCleery, Ria De Gorter, Eileen Whyte, Renée Darling, Robin VanderHoek, Catherine Ogilby, Cynthia Dunn, Kirsten Devenny, Anne Steen, Anna MacIntyre, Gordon Wallace, Lisa Calder. Un cadre des facteurs contributifs : Soutenir la sécurité des soins médicaux au Canada au moyen d'un cadre de codage axé sur la sécurité des patients. Séance d'affiches présentée au : 22nd Annual IHI Scientific Symposium on Improving the Quality and Value of Health Care (22^e symposium scientifique annuel de l'Institute for healthcare improvement sur l'amélioration de la qualité et de la valeur des soins de santé); 5 décembre 2016; Orlando, Floride.

RÉSULTATS

Au total, 288 et 403 dossiers médico-légaux d'incidents en obstétrique, en milieu hospitalier, ont été analysés dans les bases de données respectives de l'ACPM et de l'HIROC. Moins de 5 % des dossiers de l'ACPM étaient des menaces d'action en justice qui ont été réglées par l'ACPM au nom du médecin, tandis que les autres dossiers ont fait l'objet d'une action en justice. Quarante-sept pour cent des dossiers de l'HIROC ont été classés comme une menace potentielle ou une action en justice soupçonnée, et les autres dossiers comportaient une déclaration.

■ CARACTÉRISTIQUES DES DOSSIERS

Les caractéristiques des dossiers sont présentées au tableau 1. Bien que les données de l'HIROC et de l'ACPM apparaissent ensemble, il est important de noter qu'elles ne peuvent pas être comparées directement en raison des différences dans la nature de l'information saisie par les deux groupes.

Les principales complications d'accouchement dans les dossiers de l'ACPM étaient l'hémorragie et l'infection chez la mère en périodes intra et postpartum, qui se sont produites dans 24 % et 23 % des cas respectivement. Dans les dossiers de l'HIROC, ces complications pour la mère sont survenues dans 7 % et 4 % des cas respectivement. La rupture utérine s'est produite dans 5 % des cas dans les deux ensembles de données. La complication la plus courante chez le nouveau-né pour les deux organismes était l'atteinte neurologique résultant de l'anoxie, chiffrée à 28 % dans les dossiers de l'ACPM et à 54 % dans les dossiers de l'HIROC. La lésion du plexus brachial s'est produite dans 8 % des dossiers de l'ACPM et dans 9 % des dossiers de l'HIROC.

Le mode d'accouchement en obstétrique était semblable dans les deux ensembles de données. La césarienne urgente ou très urgente a été l'intervention la plus courante, représentant 36 % et 38 % des dossiers de l'ACPM et de l'HIROC, respectivement. L'ACPM a enregistré une plus forte proportion de dossiers mettant en cause des césariennes non urgentes (10 % comparativement à 7 %). Vingt-sept pour cent des dossiers de l'ACPM et 29 % des dossiers de l'HIROC faisaient état d'un accouchement vaginal spontané et 16 % des dossiers de l'ACPM et 17 % des dossiers de l'HIROC traitaient d'accouchements vaginaux assistés par ventouse ou forceps, ou les deux.

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES DES DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE, ACPM ET HIROC (2004-2013)

Caractéristique	N ^{bre} (%) de dossiers	
	ACPM n =288	HIROC n =403
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PATIENTES		
ÂGE DE LA MÈRE [†]		
<16 ans	4 (1,4)	2 (0,5)
17-34 ans	203 (70,5)	241 (59,9)
>35 ans	68 (23,6)	102 (25,3)
PARITÉ*		
Primipare	159 (55,2)	154 (38,2)
Multipare	95 (33,0)	158 (39,2)
FACTEURS DE RISQUE MATERNELS		
Tabagisme	46 (16,0)	13 (3,2)
Obésité maternelle	23 (8,0)	44 (10,9)
Consommation de substances	3 (1,0)	3 (0,7)
Césarienne antérieure	39 (13,5)	34 (8,4)
Hypertension	38 (13,2)	50 (12,4)
Diabète	15 (5,2)	21 (5,2)
FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA GROSSESSE		
Grossesse gémellaire ou multiple	13 (4,5)	19 (4,7)
Fécondation in vitro	9 (3,1)	13 (3,2)
Petit pour l'âge gestationnel à l'accouchement (<2500 g)	32 (11,1)	40 (9,9)
Gros pour l'âge gestationnel à l'accouchement (>4000 g)	25 (8,7)	36 (8,9)
Accouchement avant terme <37 semaines	44 (15,3)	61 (15,1)
Accouchement à terme dépassé >40 semaines	34 (11,8)	47 (11,7)
COMPLICATIONS À L'ACCOUCHEMENT		
Hémorragie en intra et postpartum	69 (24,0)	29 (7,2)
Infection maternelle en intra et postpartum	67 (23,3)	17 (4,2)
Oubli accidentel de matériel chirurgical	22 (7,6)	12 (3,0)
Rupture utérine	14 (4,9)	22 (5,5)
Dystocie de l'épaule	12 (4,2)	17 (4,2)
Déchirures de 3 ^e et 4 ^e degrés	8 (2,8)	6 (1,5)
Problème cardiovasculaire maternel	6 (2,1)	12 (3,0)
Problème respiratoire maternel	2 (0,7)	7 (1,7)
Anoxie fœtale	80 (27,8)	219 (54,3)
Lésion du plexus brachial	23 (8,0)	36 (8,9)
Infection néonatale	9 (3,1)	15 (3,7)
Blessures causées par les instruments pendant l'accouchement	3 (1,0)	27 (6,7)

* La parité était inconnue dans 12 % des dossiers de l'ACPM et dans 23 % des dossiers de l'HIROC

† L'âge de la mère était inconnu dans 4 % des dossiers de l'ACPM et dans 14 % des dossiers de l'HIROC.

Résultats pour les patients

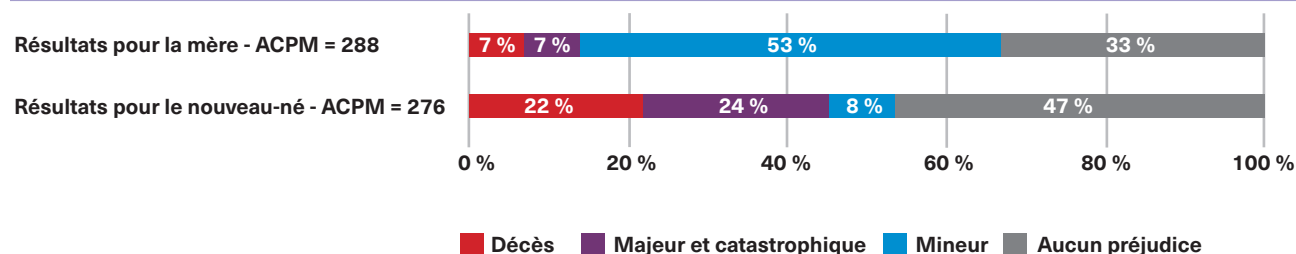
Les figures 1 et 2 illustrent la gravité des résultats pour les patients de chaque organisation.

Les pourcentages de dossiers présentant des résultats graves et des décès chez les mères étaient semblables pour les deux groupes. Ces résultats étaient souvent liés à l'hémorragie cérébrale, à l'embolie de liquide amniotique et au choc hypovolémique. Cependant, l'ACPM a enregistré une plus forte proportion de cas de résultats qui ont été classés comme mineurs, notamment des infections de plaies et des déchirures du périnée.

Les résultats majeurs et catastrophiques pour les nouveau-nés, comme la tétraplégie spastique et le retard de développement général, constituaient une plus forte proportion de dossiers de l'HIROC, tandis que les dossiers de l'ACPM affichaient un pourcentage plus élevé de cas de décès néonatal. Les écarts dans les données peuvent être liés à des différences dans le codage et les pratiques de rapport d'incident ou de réclamation pour l'HIROC et l'ACPM.

FIGURE 1

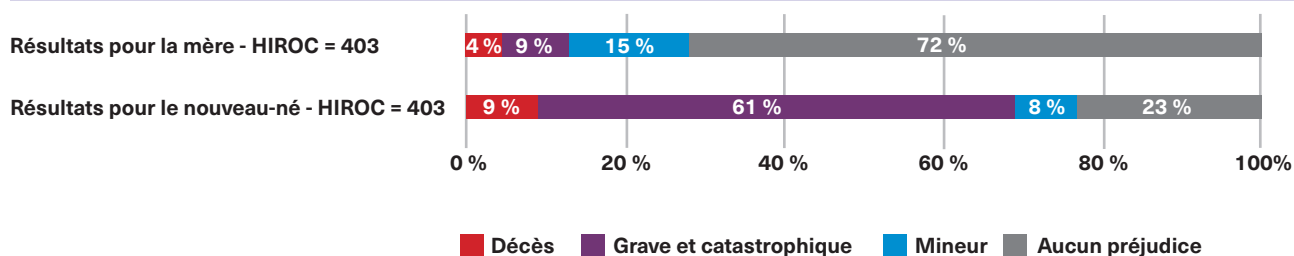
GRAVITÉ DES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'ACPM DE 2004 À 2013 (N=288)



Note : « Aucun préjudice » dans les résultats pour la mère et le nouveau-né indique qu'un incident s'est produit, mais qu'il n'a pas causé de préjudice au patient. Reflète le nombre de patients ayant subi des complications; 12 résultats pour le nouveau-né étaient inconnus ou manquants.

FIGURE 2

GRAVITÉ DES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'HIROC DE 2004 À 2013 (N=403)



Note : « Aucun préjudice » dans les résultats pour la mère pourrait inclure des résultats inconnus parce que le codage est axé sur les résultats pour le nouveau-né. Le préjudice n'a été saisi qu'au niveau du cas et reflète la gravité la plus élevée du résultat pour le patient, même si plus d'un patient était concerné.

■ PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS ET CIRCONSTANCES DE L'INCIDENT

Professionnels concernés

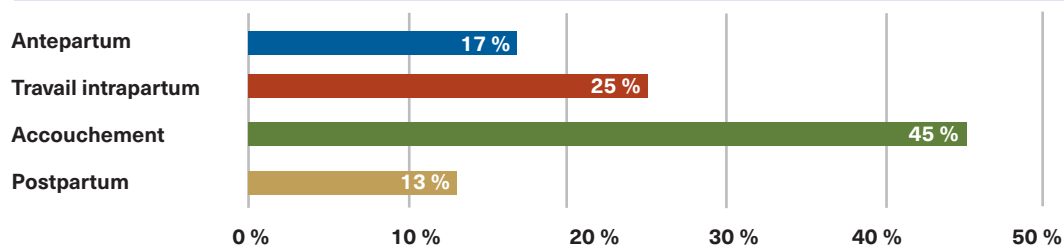
Les soins obstétricaux requièrent le concours de multiples professionnels de la santé à de nombreux stades de soins. Comme prévu, les médecins étaient mis en cause dans 100 % des dossiers de l'ACPM. D'autres professionnels de la santé, le plus souvent des infirmières, étaient mis en cause dans 35 % des dossiers de l'ACPM. L'HIROC a signalé l'implication de médecins dans 81 % des dossiers, alors que des infirmières et d'autres professionnels de la santé (p. ex. des inhalothérapeutes) étaient mis en cause dans 79 % des dossiers.

Stade des soins

La majorité des dossiers de l'ACPM et de l'HIROC étaient liés à des problèmes survenus en intrapartum (voir les figures 3 et 4). Les problèmes sont survenus à plus d'un stade des soins dans 24 % des dossiers de l'ACPM et dans 40 % des dossiers de l'HIROC. Cette constatation peut refléter l'évolution de la situation clinique, et des stades des soins qui ont mené à des incidents liés à la sécurité des patients.

FIGURE 3

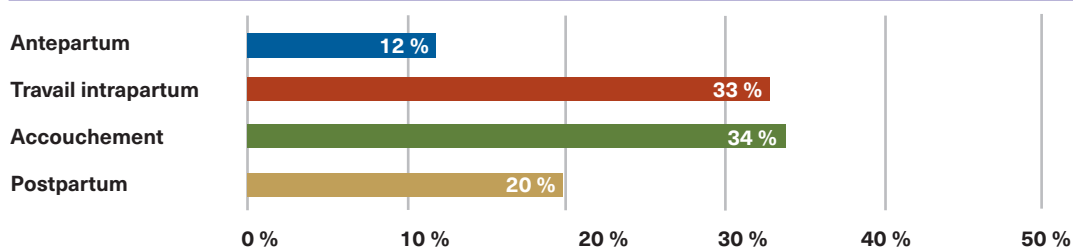
STADES DES SOINS OBSTÉTRICAUX AUXQUELS DES INCIDENTS SE SONT PRODUITS, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'ACPM DE 2004 À 2013 (N=288)



Dans 24 % des cas, les problèmes sont survenus à plus d'un stade.

FIGURE 4

STADES DES SOINS OBSTÉTRICAUX AUXQUELS DES INCIDENTS SE SONT PRODUITS, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'HIROC DE 2004 À 2013 (N=403)



Dans 40 % des cas, les problèmes sont survenus à plus d'un stade.

Facteurs contributifs aux incidents en obstétrique

L'ACPM et l'HIROC ont conclu que les facteurs liés aux professionnels constituaient la plus grande catégorie de facteurs contributifs dans l'ensemble. Comme l'ACPM ne représente que les médecins, il s'agissait du groupe le plus important dans la catégorie des facteurs liés aux professionnels de l'Association. Les dossiers relevant des facteurs liés aux professionnels de l'HIROC reflètent la diversité des professionnels de la santé qu'ils représentent (tableaux 2 et 3).

Bien que les facteurs systémiques puissent avoir une incidence sur tous les aspects des soins, un groupe distinct de facteurs systémiques a été saisi dans 7 % des dossiers de l'ACPM et dans 32 % des dossiers de l'HIROC. Il s'agissait notamment de processus et de protocoles inadéquats, de plans d'urgence pour le deuxième appel, de problèmes de ressources et de problèmes administratifs de bureau. L'écart important entre les facteurs systémiques saisis dans les dossiers de l'HIROC et de l'ACPM peut s'expliquer par le fait que les problèmes du système sont sous-représentés dans ces dossiers de l'ACPM. En effet, jusqu'à tout récemment, le cadre de codage de l'ACPM ne saisisait qu'un nombre limité de ces facteurs et les experts ne se concentrent généralement pas sur les problèmes systémiques.

TABLEAU 2

FACTEURS CONTRIBUTIFS AUX INCIDENTS EN OBSTÉTRIQUE,
DOSSIERS DE L'ACPM PORTANT SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX DE 2004 À 2013 (N=288)

Type de facteur	N ^{bre} (%) de dossiers
Professionnel*	160 (55,6)
Équipe†	85 (29,5)
Système	19 (6,6)

Note : En général, un même incident est dû à plusieurs facteurs qui se chevauchent souvent.

* Les professionnels comprennent les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé.

† L'équipe comprend les questions de communication et de consentement qui touchent tous les professionnels de la santé, y compris les médecins.

Les deux organisations ont dégagé deux thèmes clés : la prise de décisions par chaque professionnel, y compris la conscience situationnelle, et la communication. La prise de décisions des professionnels a été un facteur contributif dans la moitié des dossiers de l'ACPM. La perte de conscience situationnelle individuelle et de l'équipe a également contribué au retard dans la détection d'un problème ou dans l'appréciation de la gravité et de l'urgence potentielles d'une situation. Une proportion de 20 % des dossiers indiquait des ratés dans la communication au sein de l'équipe, tandis que les documents ont posé problème dans 11 % des dossiers. Des problèmes de communication avec les patientes et leur famille ont été signalés dans 4 % des dossiers.

TABLEAU 3

FACTEURS CONTRIBUTIFS AUX INCIDENTS EN OBSTÉTRIQUE,
DOSSIERS DE L'HIROC PORTANT SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX DE 2004 À 2013 (N=403)

Type de facteur	N ^{bre} (%) de dossiers
Médecin	284 (70,5)
Professionnel de la santé non médecin*	236 (58,6)
Système	130 (32,3)

Note : En général, un même incident est dû à plusieurs facteurs qui se chevauchent souvent.

* Les professionnels de la santé non médecins comprennent le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé (p. ex., les inhalothérapeutes).

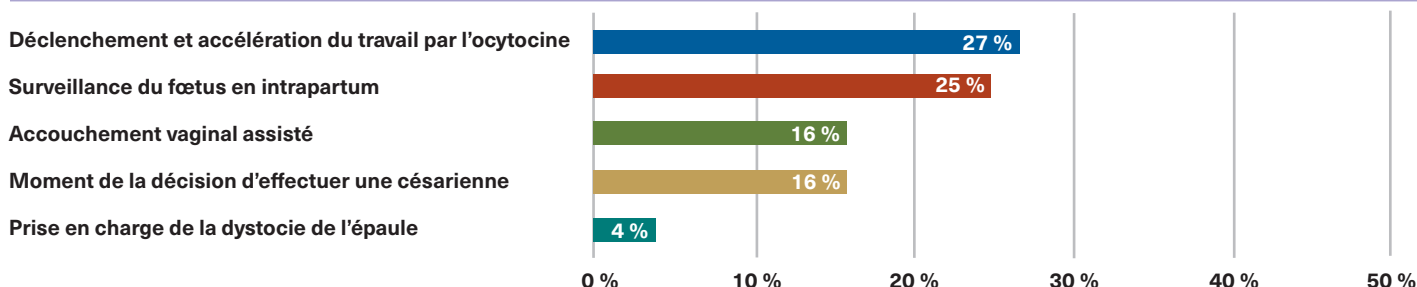
La prise de décisions par les médecins constitue aussi un facteur contributif pour plus de la moitié des dossiers de l'HIROC, tout comme la conscience situationnelle dans 31 % des dossiers. Ces facteurs ont également été attribués au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé dans environ 33 % des dossiers. Des ratés dans la communication entre les membres de l'équipe se sont produits dans 17 % des dossiers, et avec les patientes et leur famille dans 8 % des dossiers. L'analyse de l'HIROC a également permis de relever de nombreux facteurs systémiques, comme le manque de processus fiables et de plans d'urgence, ainsi que des problèmes de ressources.

■ DOMAINES À RISQUE ÉLEVÉ

La collaboration précédente⁴ a permis de cerner les domaines à risque élevé suivants pour l'ACPM et l'HIROC, soit la surveillance du fœtus en intrapartum, le déclenchement et l'accélération du travail avec l'ocytocine, l'accouchement vaginal assisté, le moment de la décision d'effectuer une césarienne et la prise en charge de la dystocie de l'épaule. Les figures 5 et 6 illustrent la fréquence de ces domaines à risque pour l'ACPM et l'HIROC.

FIGURE 5

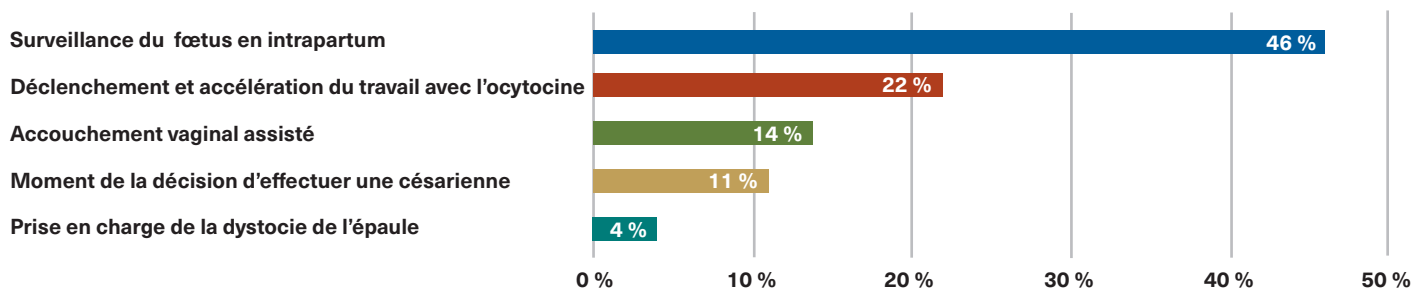
DOMAINES DE PRATIQUE À RISQUE ÉLEVÉ, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'ACPM DE 2004 À 2013 (N=288)



Note : Un seul cas peut concerner plus d'un domaine à risque élevé.

FIGURE 6

DOMAINES DE PRATIQUE À RISQUE ÉLEVÉ, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'HIROC DE 2004 À 2013 (N=403)



Note : Un seul cas peut concerner plus d'un domaine à risque élevé.

Parce que la surveillance du fœtus en intrapartum (ACPM 73/288, 25 %; HIROC 184/403, 46 %) et le déclenchement ou l'accélération du travail avec l'ocytocine (ACPM 79/288, 27 %; HIROC 87/403, 22 %) étaient les deux domaines à risque les plus élevés pour les deux groupes, l'ACPM et l'HIROC ont décidé d'explorer davantage ces domaines pour tirer des enseignements de ces cas. Les tableaux 4 à 7 illustrent les principaux facteurs qui contribuent à ces problèmes pour les deux organisations.

4. *Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité* est un rapport de collaboration d'Agrément Canada, de l'HIROC, de l'ACPM et de la Corporation Salus Global. Ce rapport décrit la qualité et la sécurité des services d'obstétrique au Canada de 2004 à 2015 et a été publié en 2016.

Surveillance du fœtus en intrapartum

Le tableau 4 montre que pour les données de l'ACPM, il y avait deux principaux problèmes liés à la surveillance du fœtus. Le premier était que les membres de l'équipe, principalement du personnel infirmier, tardaient à aviser les médecins consultants ou le médecin le plus responsable d'une fréquence cardiaque fœtale (FCF) anormale (45 %). Le deuxième problème est que les médecins et le personnel infirmier interprétaient mal la FCF (37 %). D'autres problèmes dignes de mention étaient liés au fait que les médecins ne s'occupaient pas adéquatement de la patiente au cours d'une période critique, notamment lorsqu'il y avait des indications probantes de détresse fœtale (29 %), et à la capacité réduite de l'équipe de répondre aux urgences obstétricales.

TABEAU 4

FACTEURS CONTRIBUTIFS LIÉS À LA SURVEILLANCE DU FŒTUS EN INTRAPARTUM, DOSSIERS D'OBSTÉTRIQUE DE L'ACPM DE 2004 À 2013 (N=73)

Facteurs contributifs	Problèmes	% des dossiers
Prise de décisions cliniques	Retard dans la notification du consultant ou du MPR dans les cas de problèmes ou d'anomalies dans l'état du fœtus	45
	Interprétation erronée de la FCF par le médecin ou le personnel infirmier, ou les deux	37
	Surveillance insuffisante de la patiente pendant une période critique	29
	Mauvais choix dans le type de surveillance ou application inappropriée de la surveillance du fœtus	8
	Évaluations peu fréquentes de l'état du fœtus	5
	Absence de diagnostic ou retard dans le diagnostic de la tachysystolie utérine	4
	Réponse différée à un tracé ou à des évaluations sans équivoque	5
	Inexpérience des professionnels de la santé	4
Système	Réduction de la capacité d'intervention en cas d'urgence obstétricale	
	• disponibilité du personnel	18
	• disponibilité de la salle d'opération	11
	Manque de conformité ou de sensibilisation aux protocoles de surveillance du fœtus en milieu hospitalier	12
Communication au sein de l'équipe	Mauvaise tenue des dossiers (évaluations, contractions de l'utérus, présence ou absence d'accélération, justification du passage du MEF continu à l'auscultation intermittente)	8

Remarque : Un cas peut avoir plus d'un problème.

MPR = médecin le plus responsable; FCF = fréquence cardiaque fœtale; MEF = monitoring électronique du fœtus.

Les constatations de l'HIROC concernant la surveillance du fœtus étaient semblables à celles de l'ACPM (ci-dessus). Le problème le plus fréquemment cerné par l'HIROC était que le personnel infirmier tardait à aviser l'obstétricien ou le médecin de famille d'une FCF anormale (64 %) (tableau 5). D'autres constatations dignes de mention sont le manque de sensibilisation ou de conformité aux politiques de surveillance du fœtus en milieu hospitalier (33 %) et la non consignation de l'évaluation du fœtus (32 %). L'interprétation erronée du tracé de la FCF par le personnel infirmier et les médecins (24 %), et le manque de surveillance des patientes ou de soins à leur égard au cours d'une période critique (24 %) sont d'autres problèmes communs qui ont été observés.

TABLEAU 5

FACTEURS CONTRIBUTIFS LIÉS À LA SURVEILLANCE DU FŒTUS EN INTRAPARTUM,
DOSSIERS DE L'HIROC PORTANT SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX DE 2004 À 2013 (N=184)

Facteurs contributifs	Problèmes	% des dossiers
Prise de décisions cliniques	Retard dans la notification du consultant ou du MPR en cas de problèmes ou d'anomalies dans l'état du fœtus	64
	Interprétation erronée de la FCF par le médecin ou le personnel infirmier, ou les deux	24
	Surveillance insuffisante de la patiente pendant une période critique	24
	Évaluations peu fréquentes de l'état du fœtus	23
	Normalisation des écarts dans la FCF ou diminution de la vigilance envers des tracés atypiques ou anormaux de la FCF avec le temps	21
	Inexpérience des professionnels de la santé	8
	Interprétation erronée de la FCF par le médecin ou la sage-femme autorisée	7
	Absence de diagnostic de la tachysystolie utérine ou retard dans le diagnostic; mauvaise interprétation de la tachysystolie utérine	5
	Mauvais choix dans le type de surveillance ou application inappropriée de la surveillance du fœtus; mauvais choix ou rendement dans la surveillance de l'état du fœtus	5
	Réponse différée aux tracés ou aux évaluations illisibles ou non interprétables	3
Système	Manque de conformité ou de sensibilisation aux protocoles de surveillance du fœtus en milieu hospitalier	33
	Réduction de la capacité d'intervention en cas d'urgence obstétricale	
	<ul style="list-style-type: none"> • disponibilité du personnel 23 • disponibilité de la salle d'opération 6 	
Communication au sein de l'équipe	Mauvaise tenue des dossiers (évaluations, contractions de l'utérus, présence ou absence d'accélération, justification du passage du MEF continu à l'auscultation intermittente)	32
	Médecins et personnel infirmier ne s'entendent pas sur la question de savoir s'il y a eu notification ou consultation.	4
Patiente	Patiente refuse une partie ou la totalité des évaluations pendant le travail	2

Remarque : Un cas peut avoir plus d'un problème.

MPR = médecin le plus responsable; FCF = fréquence cardiaque fœtale; MEF = monitoring électronique du fœtus.

Déclenchement et accélération du travail avec l'ocytocine

Dans les dossiers de l'ACPM, le principal problème était lié à la mauvaise gestion de l'ocytocine, comme le fait de ne pas réduire le taux de perfusion ou de ne pas cesser d'administrer le médicament lorsque ceci était indiqué (29 %), ou le fait de retarder la notification ou la consultation du médecin en présence de résultats anormaux (27 %) (Tableau 6).

TABLEAU 6

FACTEURS CONTRIBUTIFS LIÉS AU DÉCLENCHEMENT ET À L'ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL AVEC L'OCYTOCINE, DOSSIERS DE L'ACPM PORTANT SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX DE 2004 À 2013 (N=79)

Facteurs contributifs	Problèmes	% des dossiers
Prise de décisions cliniques	Le débit de perfusion d'ocytocine n'a pas été réduit ou interrompu lorsque cela était indiqué	29
	Retard dans la notification ou la consultation du médecin concernant une tachysystolie utérine non résolue, des signes de rupture utérine ou une FCF anormale	27
	Évaluation déficiente des effets de l'ocytocine sur le bien-être fœtal	4
	Patiente non évaluée par le médecin avant la prescription de l'ocytocine	3
Système	Manque de sensibilisation ou de conformité au protocole de l'hôpital sur l'ocytocine	9
Communication au sein de l'équipe	Problèmes de tenue des dossiers	9

Remarque : Un cas peut avoir plus d'un problème.

FCF=fréquence cardiaque fœtale

Dans les dossiers de l'HIROC, les trois problèmes les plus fréquents qui ont été cernés sont les suivants : le défaut de réduire ou de cesser la perfusion d'ocytocine en fonction des indications cliniques (71 %), le fait de tarder à informer le médecin des contractions utérines et du bien-être du fœtus lors de l'administration de l'ocytocine (54 %), et le défaut de contester des demandes questionnables de déclenchement ou d'accélération du travail, notamment le fait de ne pas transmettre des inquiétudes liées aux soins aux supérieurs hiérarchiques (51 %). En outre, le manque de conformité aux politiques locales (49 %) et des lacunes dans les évaluations de la FCF (38 %) étaient des constatations courantes. (Tableau 7).

TABLEAU 7

FACTEURS CONTRIBUTIFS LIÉS AU DÉCLENCHEMENT ET À L'ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL AVEC L'OCYTOCINE, DOSSIERS DE L'HIROC PORTANT SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX DE 2004 À 2013 (N=87)

Facteurs contributifs	Problèmes	% des dossiers
Prise de décisions cliniques	Le débit de perfusion de l'ocytocine n'a pas été réduit ou interrompu au besoin	71
	Retard dans la notification ou la consultation du médecin concernant une tachysystolie utérine non résolue, des signes de rupture utérine ou une FCF anormale	54
	Évaluation déficiente des effets de l'ocytocine sur le bien-être foetal	38
	Normalisation des écarts dans le protocole d'administration de l'ocytocine par intraveineuse ou diminution de la vigilance envers le protocole	33
	Patient non évaluée par le médecin avant la prescription de l'ocytocine	10
	Reprise de la perfusion d'ocytocine à un débit inapproprié	7
Culture de sécurité	Absence de remise en question des ordonnances d'ocytocine ou des préoccupations croissantes malgré les inquiétudes quant à la pertinence clinique	51
Système	Manque de sensibilisation ou de conformité au protocole de l'hôpital sur l'ocytocine	49
	Acceptation inappropriée de l'ordonnance d'ocytocine (verbale ou informelle)	17
Communication au sein de l'équipe	Problèmes de tenue des dossiers	28

Remarque : Un cas peut avoir plus d'un problème.

FCF=fréquence cardiaque foetale

■ LIMITES

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

- Les incidents en obstétrique ne sont pas tous signalés à l'ACPM ou à l'HIROC; il ne s'agit donc pas d'une représentation complète de tous les soins obstétricaux prodigués dans les hôpitaux.
- Seules des données agrégées et anonymisées ont été communiquées.
- Les deux ensembles de données n'étaient pas uniformément comparables en raison des différences dans la collecte des données, la classification des dossiers et l'état des dossiers (c. à d. en cours ou conclus) entre les organisations.
- Les problèmes liés au système sont sous-représentés dans les dossiers de l'ACPM; jusqu'à tout récemment, le cadre de codage de l'ACPM ne tenait compte que d'un nombre limité de ces facteurs et les opinions des experts ne portaient pas sur les problèmes du système.

RÉPERCUSSIONS

Malgré les différences entre les données de l'ACPM et celles de l'HIROC, les constatations mettent en évidence des problèmes communs. Pendant les soins en phase intrapartum, les problèmes les plus notables étaient les lacunes dans la prise de décisions cliniques des professionnels et la communication au sein de l'équipe. Ces facteurs étaient parfois influencés par la perte de conscience situationnelle individuelle et de l'équipe. Les problèmes liés au système ont également été des facteurs contributifs importants, surtout lorsqu'il s'agissait de protocoles hospitaliers fiables ou de la capacité réduite de répondre aux urgences obstétricales. Ensemble, ces facteurs ont généralement nui à la réaction de l'équipe à la détresse fœtale, ce qui a empêché l'accouchement en temps opportun et a souvent entraîné un préjudice chez les patients.

Malgré les différences mentionnées précédemment dans la composition des ensembles de données et le codage des dossiers, les deux organisations ont des domaines à risque communs en ce qui a trait à la surveillance du fœtus et au déclenchement ou à l'accélération du travail avec l'ocytocine.

Pour les deux organisations, le principal problème lié à la surveillance du fœtus (c.-à-d. omission de surveiller, d'interpréter ou de réagir à une fréquence cardiaque fœtale anormale) était la notification tardive du médecin le plus responsable ou du médecin traitant.

L'ACPM et l'HIROC ont constaté que deux problèmes étaient plus fréquents lors du déclenchement ou de l'accélération du travail avec l'ocytocine. Le premier était le défaut de réduire ou d'interrompre la perfusion d'ocytocine. Le deuxième était un retard dans la notification ou la consultation d'un médecin pour une tachysystolie utérine non résolue, des signes de rupture utérine ou une fréquence cardiaque fœtale anormale. Étant donné que ces problèmes indiquent une situation clinique en évolution, ils présentent des occasions d'améliorer le travail d'équipe en vue d'accroître la conscience situationnelle et de permettre à chaque membre de transmettre les préoccupations aux supérieurs hiérarchiques.

Bien que cette analyse ait fait ressortir certains thèmes communs, l'ACPM et l'HIROC apportent des perspectives différentes aux facteurs qui contribuent à ces situations, ce qui peut améliorer l'élaboration de stratégies de prévention.

STRATÉGIES

En mettant en commun leurs analyses complémentaires, l'ACPM et l'HIROC ont élaboré les stratégies suivantes pour améliorer la qualité et la sécurité des aspects des soins obstétricaux en fonction de leurs dossiers médico-légaux. Les professionnels de la santé et les dirigeants devraient tenir compte de ce qui suit.

Prise de décisions cliniques par les professionnels

- Adopter des stratégies axées sur les facteurs humains pour repérer et réduire les erreurs dans la prise de décisions cliniques (y compris celles qui découlent de biais cognitifs) et les effets négatifs des facteurs de stress (p. ex. fatigue, surcharge de travail).
- Faciliter et prôner la formation par simulation et les exercices permettant d'acquérir et de maintenir, au sein d'une équipe, une conscience situationnelle commune, des méthodes de communication efficaces et une réponse concertée en cas de crise.

Communication au sein de l'équipe

- Utiliser des documents normalisés pour renforcer la communication.
- Parler avec les membres de l'équipe de l'aggravation de l'état de la patiente afin d'accroître leur conscience situationnelle et de confirmer qu'ils reconnaissent tous l'urgence.

Problèmes liés au système

- Favoriser une culture de la sécurité avec une communication ouverte et respectueuse, qui encourage un travail d'équipe efficace.
- Élaborer et encourager des stratégies de recours hiérarchique au sein de l'équipe pour les problèmes cliniques.
- Créer, mettre à jour et évaluer des politiques aux fins suivantes :
 - Mise en œuvre efficace de protocoles normalisés
 - Recommandation d'analyses et de formations régulières
 - Mesure du respect des politiques
 - Mise en œuvre continue d'activités d'amélioration de la qualité

CONCLUSION

La sécurité des patients 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 et les familles travaillent ensemble. Il est essentiel de déterminer avec précision les incidents liés à la sécurité des patients en obstétrique et d'analyser leurs facteurs contributifs pour réduire les préjudices.

En plus de comporter deux domaines à risque communs, soit la surveillance du fœtus en intrapartum et le déclenchement ou l'accélération du travail avec l'ocytocine, les données de l'HIROC et de l'ACPM ont permis de faire ressortir trois principaux facteurs qui ont contribué aux incidents liés à la sécurité des patients en obstétrique, soit la prise de décisions cliniques par les professionnels, la communication au sein de l'équipe et les problèmes liés au système.

L'ACPM et l'HIROC concluent que les activités visant à améliorer la sécurité des patients et les stratégies d'atténuation des risques devraient être axées sur la formation visant à améliorer la prise de décisions cliniques et la communication au sein d'une équipe. De plus, les changements au système devraient inclure l'utilisation de processus de soins normalisés et fiables, ainsi que l'élaboration d'une culture qui encourage un travail d'équipe efficace.



GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS DANS CE RAPPORT

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.
Expert	Professionnel dont les services ont été retenus pour fournir une opinion fondée sur ses compétences et ses connaissances dans un domaine précis.
Facteurs contributifs	Les circonstances, les actions ou les influences qui ont contribué à l'apparition d'un incident lié à la sécurité des patients ou à l'augmentation du risque d'incident. Plus d'un facteur contributif est habituellement associé à un seul incident lié à la sécurité des patients.
Facteurs systémiques	L'absence, le mauvais fonctionnement ou la défaillance des politiques, des processus opérationnels ou de l'infrastructure de soutien, p. ex., les limites de l'équipement ou des ressources, pour la prestation de soins de santé.
Incident lié à la sécurité des patients	<p>Événement ou situation qui aurait pu entraîner, ou qui a entraîné, un préjudice superflu à un patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incident préjudiciable : incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice. Remplace les termes « événement indésirable » et « événement sentinelle ». ▪ Incident sans préjudice : un incident lié à la sécurité du patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable. ▪ Incident évité de justesse : 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 en vigueur. Cependant, aucun de ces termes ne correspond parfaitement à la terminologie de l'OMS. En droit québécois, un « accident » désigne une « action ou 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 ». 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 ». Selon l'interprétation de la législation en vigueur au Québec, le terme « accident » correspondrait à l'expression « incident préjudiciable » de l'OMS, tandis que le terme « incident » correspondrait aux expressions « incident sans préjudice » et « incident évité de justesse » de l'OMS.</p>
Prise de décisions cliniques	Application des connaissances pour guider les décisions, afin de trouver des indices cliniques, de formuler une impression diagnostique, de prescrire des examens exploratoires ou des mesures de suivi, d'acquies des données pour suivre l'évolution d'une mesure ou évaluer la gravité ou la probabilité de survenue d'un résultat, ou de dresser un plan de traitement.
Sécurité des patients	La réduction des actes et des pratiques non sécuritaires, l'atténuation de leur incidence et l'utilisation de bonnes pratiques ont démontré qu'elles mènent à des soins plus sécuritaires pour les patients.

ANNEXE A : RESSOURCES DE L'HIROC

L'HIROC a créé les fiches de référence suivantes (en anglais seulement) pour mettre en évidence les principaux risques menant à leurs réclamations les plus coûteuses.

1. HIROC (2016).
Failure to Interpret/Respond to Abnormal Fetal Status Risk Reference Sheet.
2. HIROC (2016).
Failure to Monitor Fetal Status Risk Reference Sheet.
3. HIROC (2016).
Mismanagement of Induction/Augmentation Medications Risk Reference Sheet.
4. HIROC (2016).
Failure to Communicate Fetal Status Risk Reference Sheet.
5. HIROC (2016).
Failure to Identify/Manage Hyperbilirubinemia Risk Reference Sheet.
6. HIROC (2016).
Assisted Vaginal Deliveries Risk Reference Sheet.

SCORES OBTENUS AUX LISTES DE VÉRIFICATION POUR L'ÉVALUATION DES RISQUES DE L'HIROC

Les réclamations médico-légales peuvent être utilisées pour améliorer la fiabilité en identifiant les lacunes importantes et réalisables dans les processus de soins de santé qui ne sont généralement pas saisies par d'autres sources de données (Levtzion-Korach et coll., 2010). Avec l'une des plus grandes bases de données sur les réclamations médico-légales au Canada, l'HIROC s'est lancée dans un plan en 2011 pour mieux traduire les connaissances sur la sécurité des patients tirées des réclamations de nature médicale dans le système de santé, de ses dirigeants et des professionnels de la santé. Cela comprenait l'élaboration des éléments suivants :

- une liste des principaux risques qui entraînent les réclamations les plus coûteuses dans les organisations de soins de courte durée;
- des fiches de référence sur chaque risque soulignant les constatations, les thèmes, les cas et les principales stratégies d'atténuation;
- un programme en ligne, les listes de vérification pour l'évaluation des risques (Risk Assessment Checklists ou RAC), qui permettent aux organismes d'autoévaluer systématiquement la conformité aux 10 principales stratégies d'atténuation de chaque risque, fondées sur des données probantes.

Aussi difficile que puisse être l'identification des risques, leur évaluation (la détermination de la gravité ou de la fréquence d'un risque) l'est encore plus, mais elle est essentielle au processus d'établissement des priorités. Le programme suit un cycle de trois ans. Au cours de la première année, les organismes ou les professionnels de la santé participants évaluent leur conformité par rapport aux modules assignés et sélectionnent trois « domaines d'intérêt ». Après avoir réfléchi à chaque stratégie d'atténuation et à la question de savoir si la pratique est en place au sein de l'organisme, les participants choisissent une des quatre réponses pondérées dans un menu déroulant : oui (100), neutre (50), non (0) et non applicable (99).

En 2017, l'HIROC a publié un rapport analysant le premier cycle triennal complet du programme RAC. Les figures 1 à 5 résument les scores des cinq modules des listes de vérification pour l'évaluation des risques liés aux soins en obstétrique et néonatalogie.

FIGURE 1

SCORES DU MODULE SUR L'ERREUR D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS DESTINÉS AU DÉCLENCHEMENT OU À L'ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL

(% de conformité; n=53)

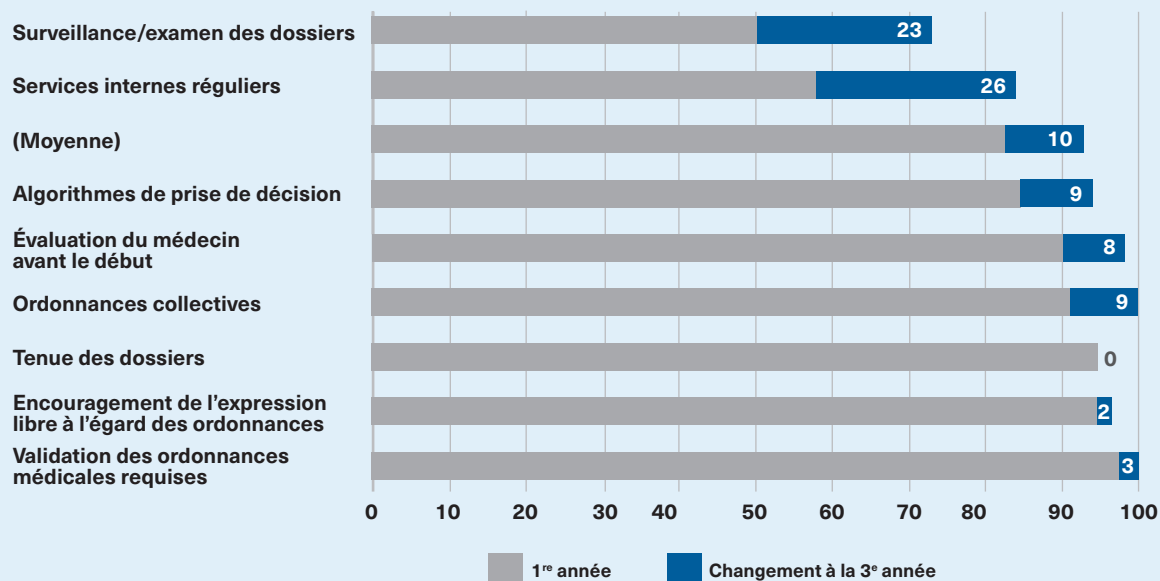


FIGURE 2

SCORES DU MODULE SUR L'ABSENCE DE SURVEILLANCE ET DE CONSIGNATION DE L'ÉTAT DU FŒTUS

(% de conformité; n=53)

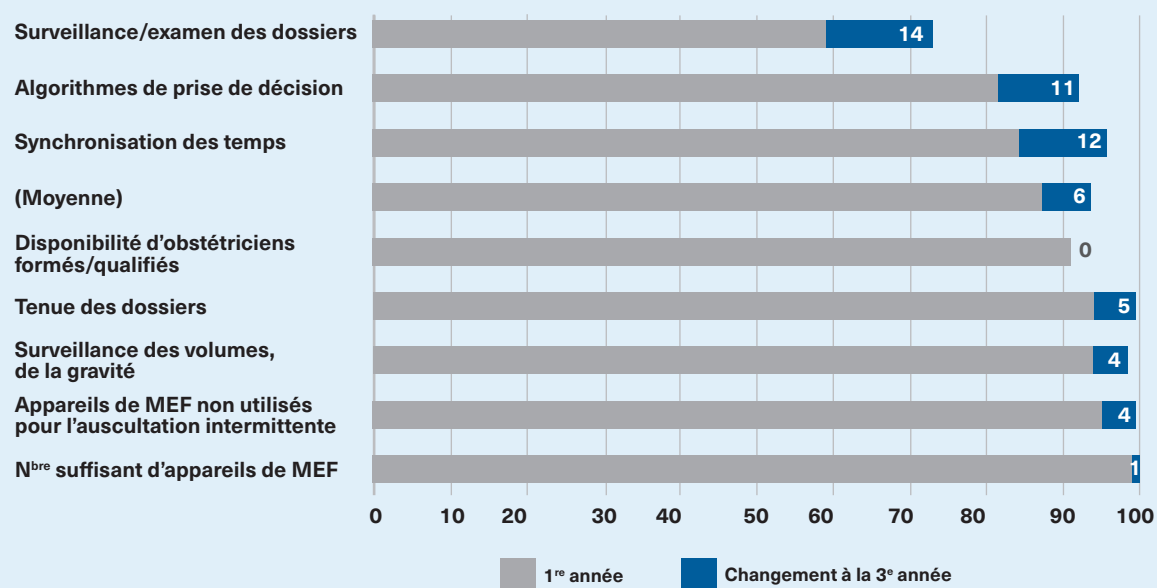


FIGURE 3

SCORES DU MODULE SUR L'ABSENCE D'INTERPRÉTATION D'UNE ANOMALIE DANS L'ÉTAT DU FŒTUS OU DE MESURES DE SUIVI

(% compliance; n=53)

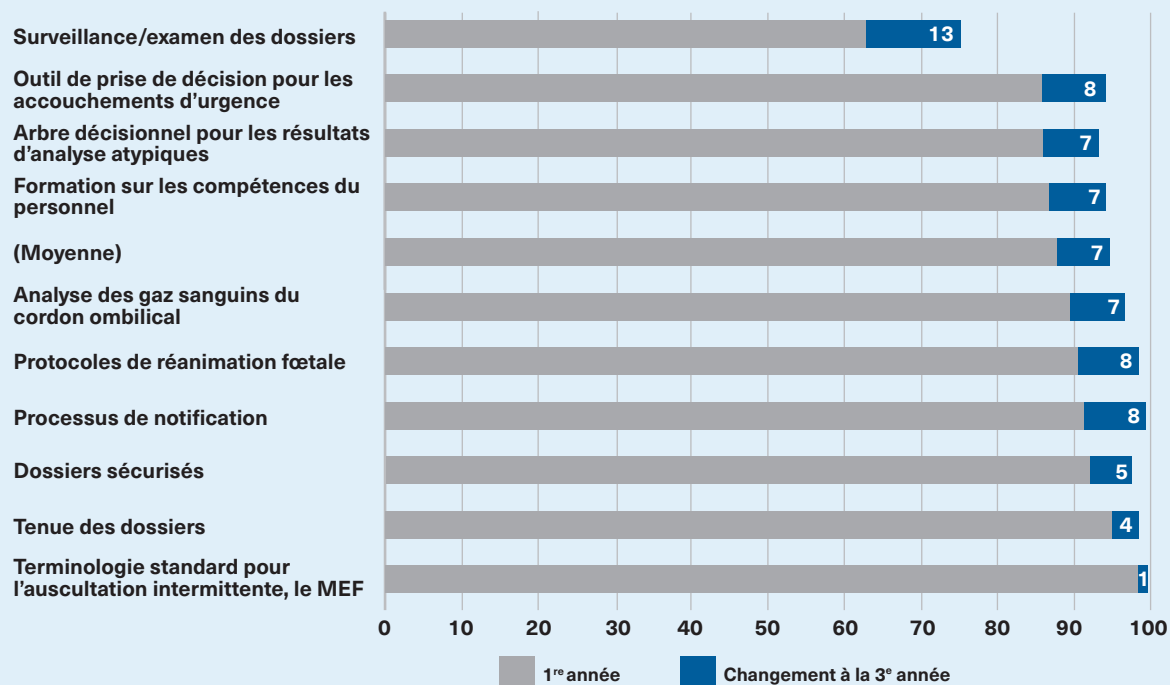


FIGURE 4

SCORES DU MODULE SUR L'ABSENCE DE COMMUNICATION RELATIVE À L'ÉTAT DU FŒTUS. CE MODULE ÉTAIT L'UN DES CINQ MODULES AYANT OBTENU LE SCORE DE CONFORMITÉ LE PLUS ÉLEVÉ, C. À D. UN SCORE GLOBAL AMÉLIORÉ DE 30 % ENTRE LA PREMIÈRE ET LA TROISIÈME ANNÉE.

(% de conformité; n=53)

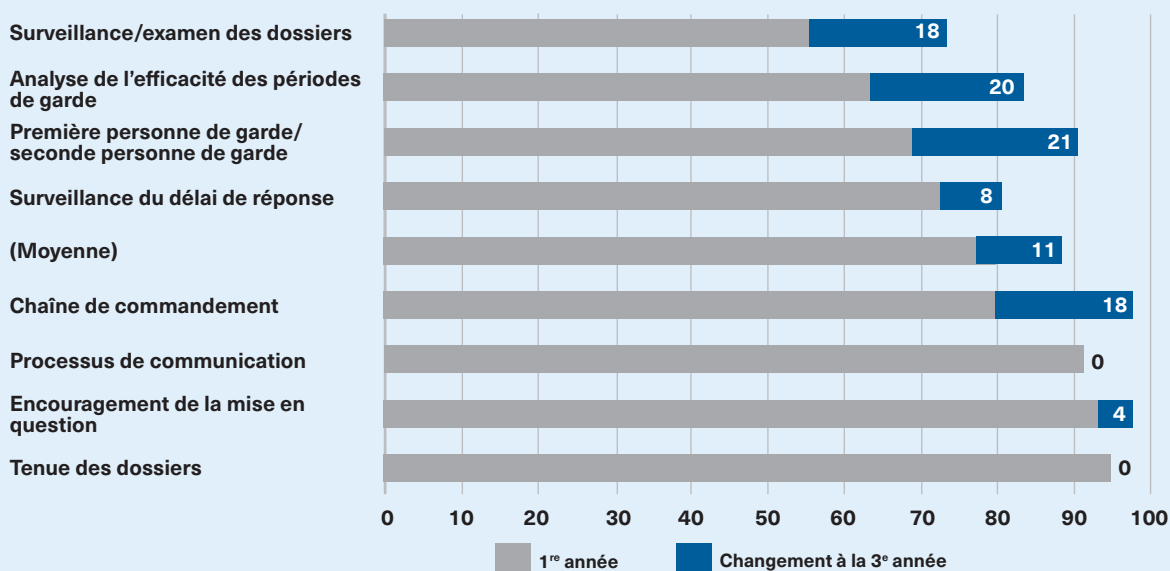


FIGURE 5

SCORES DU MODULE SUR L'ABSENCE DE RECONNAISSANCE OU DE SURVEILLANCE D'UNE HYPERBILIRUBINÉMIE

(% compliance; n=53)

