



Incidents et presque-accidents sous-déclarés et sous-estimés en chirurgie pédiatrique ?

73

Hamilton EC, Pham DH, Minzenmayer AN, Austin MT, Lally KP, Tsao K, Kawaguchi AL:
Are we missing the near misses in the OR? - underreporting of safety incidents in pediatric surgery
Journal of Surgical Research, 2018. doi: 10.1016/j.jss.2017.08.005

La sous-déclaration (« underreporting ») est un problème bien connu des systèmes de déclaration volontaire des incidents tels que le CIRS. De nombreux événements ne sont en effet pas signalés. Les presque-accidents (« near miss ») sont des incidents qui auraient pu causer un préjudice au patient et qui ont été évités de justesse, par exemple grâce à la vigilance du personnel. Les informations sur ces presque-accidents sont particulièrement utiles, car elles permettent aux établissements de reconnaître la constellation et l'enchaînement des éléments pouvant conduire à des événements indésirables dommageables. Leur analyse aide notamment à déterminer si une autre barrière de sécurité aurait permis de réagir plus tôt. Elle peut également démontrer l'efficacité – même tardive – d'une barrière de sécurité telle qu'une ultime vérification. Malheureusement, tout indique que les presque-accidents sont eux aussi largement sous-déclarés.

Hamilton et al. ont étudié cette question dans un hôpital pédiatrique aux Etats-Unis. Dans le service de chirurgie, deux systèmes de déclaration volontaire étaient utilisés : un système électronique (de type CIRS) appliqué dans tout l'hôpital et un système spécifique au domaine périopératoire, dans lequel les collaborateurs étaient priés de signaler tous les incidents par une brève note manuscrite. Ce dernier avait été lancé par le personnel lui-même et les rapports étaient régulièrement analysés par des professionnels du domaine périopératoire. En plus de ces deux canaux bien établis, les auteurs ont organisé des observations en salle d'opération. Tous les événements ayant une incidence sur la sécurité ont été relevés par des observateurs à l'aide d'un instrument standardisé. Sur une période de six semaines, un quart des opérations ont été observées, soit 211 sur un total de 830. Les « écarts » notés comprenaient les événements indésirables (avec préjudice), les presque-accidents (sans préjudice) – i. e. les incidents évités de justesse grâce à un « heureux hasard » ou à une barrière de sécurité –, ainsi que les événements ayant un impact indirect sur la sécurité, tels que du matériel ou des équipements manquants en salle d'opération. Les données recueillies pour les 211 interventions observées ont été catégorisées, puis comparées avec les événements annoncés dans les systèmes de déclaration volontaire. Les observateurs ont comptabilisé 137 écarts pour ces 211 interventions. Dans le même temps (et pour toutes les interventions réalisées), 57 événements ont été enregistrés dans le système périopératoire manuscrit et 8 dans le CIRS de l'hôpital. Ces chiffres correspondent à un taux de 65 écarts/100 interventions selon l'observation directe, de

7 écarts/100 interventions selon le système périopératoire manuscrit et de 1 écart/100 interventions selon le CIRS. Sur les 137 écarts relevés par les observateurs, 72 (52 %) étaient des presque-accidents. L'application incorrecte/incomplète de la check-list chirurgicale et les problèmes liés à l'équipement survenant durant l'opération représentaient les écarts les plus fréquents. Les résultats obtenus avec les trois méthodes ne concordent quasiment pas. Sur les 7 événements indésirables recensés, 5 ont été notés par les observateurs et 2 annoncés dans le système périopératoire.

L'étude de Hamilton et al. présente certaines limitations. Elle a été réalisée dans un seul hôpital et sur une période relativement courte. De plus, le spectre des événements observés n'est pas clair. Il se peut qu'un même événement se produise fréquemment (p. ex. un problème récurrent avec un appareil) et qu'il ait été observé à de nombreuses reprises. Or il pourrait n'avoir été annoncé qu'une seule fois – comme « cas typique » – dans les systèmes de déclaration volontaire. En pareil cas, ces derniers donneraient une image représentative de l'observation, seule la fréquence des événements étant sous-estimée. Il paraît toutefois peu probable que cela suffise à expliquer les différences importantes dans le nombre de faits signalés. Il semble plus réaliste de penser que les observateurs ont identifié des événements différents de ceux perçus et signalés par les collaborateurs directement concernés.

L'étude démontre en tous les cas l'utilité des observations pour évaluer la fréquence des événements indésirables périopératoires, en particulier des *near misses*. Plus de la moitié des événements observés étaient en effet des presque-accidents, pour lesquels l'observation constitue la seule méthode d'identification fiable – n'ayant pas causé de préjudice, ils ne figurent pas non plus dans le dossier du patient. Sans observation directe, ces informations ne seraient pas disponibles, ce qui priverait les hôpitaux d'une source d'apprentissage importante.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29229148>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.