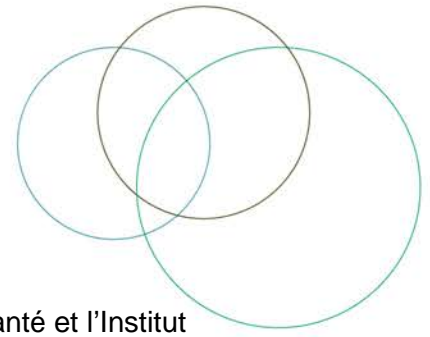




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Rétention d'un corps étranger



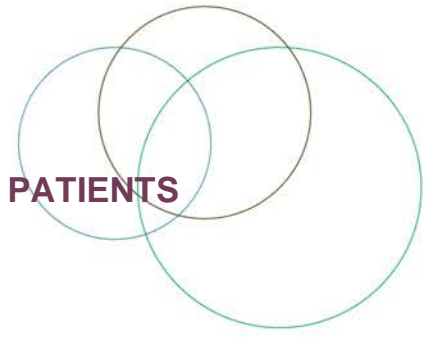
REMERCIEMENTS



L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.



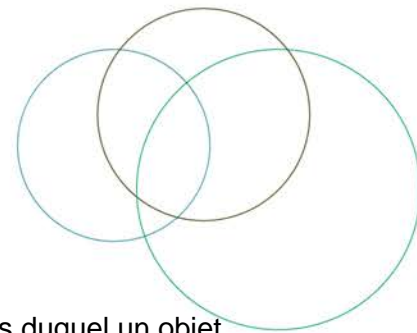


CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

D24: Rétention d'un corps étranger

Concept	Corps étranger ou substance étrangère accidentellement laissé dans l'organisme au cours d'une intervention médicale ou chirurgicale
Critères de sélection	
T81.5– T81.6	Code inscrit comme diagnostic de type 2





SURVOL ET IMPLICATIONS

Rétention d'un corps étranger au cours de la chirurgie

Un corps étranger oublié est un incident lié à la sécurité des patients au cours duquel un objet chirurgical est laissé par inadvertance dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure (Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), 2016a). Les patients chez lesquels des corps étrangers ont été oubliés peuvent subir des préjudices physiques (perforation de l'intestin, septicémie et même décès) et des conséquences émotionnelles (dépression, stress post-traumatique, anxiété) à la suite de l'incident. Ces complications peuvent survenir au début de la période postopératoire ou encore plusieurs mois, voire des années plus tard (Gawande *et al.*, 2003; Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), 2016; Joint Commission, 2013).

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rapporte pour l'année 2017 que le taux moyen de corps étrangers laissés dans le corps du patient au cours d'une opération, sur 100 000 congés médicaux et chirurgicaux, est de 3,8, contre 9,8 au Canada, ce qui représente une augmentation de 14 % au cours des cinq dernières années (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2019a et ICIS, 2019b).

Une étude des cas médico-légaux au Canada sur dix ans, entre 2004 et 2013, a révélé que des corps étrangers oubliés ou une mauvaise intervention chirurgicale ont été identifiés dans 12 à 18 % des incidents chirurgicaux (Canadian Medical Protective Association (CMPA et HIROC, 2016).

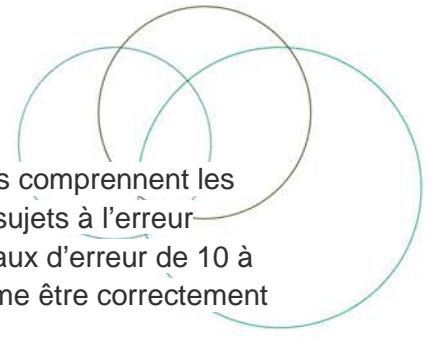
Les corps étrangers oubliés peuvent inclure :

- des dispositifs souples, tels que des éponges et des serviettes
- de petits articles divers, y compris des composants ou fragments de dispositifs non récupérés (tels que des parties d'instruments brisées), des composants d'agrafeuses, des parties de trocars laparoscopiques, des fils de guidage, des cathéters et des morceaux de drains
- des aiguilles et autres objets tranchants
- des instruments, le plus souvent des écarteurs malléables (Joint Commission, 2013)

Les causes premières les plus courantes de rétention de corps étrangers signalées à la Joint Commission sont les suivantes :

- L'absence de politiques et de procédures
- Le non-respect des politiques et procédures existantes
- Les problèmes de hiérarchie et d'intimidation
- Le manque de communication avec les médecins
- La défaillance du personnel de communiquer les informations pertinentes sur le patient
- La formation inadéquate ou incomplète du personnel (Joint Commission, 2013)





Les méthodes traditionnelles de prévention de la rétention de corps étrangers comprennent les « balayages de cavités » et les protocoles de comptage manuel - tous deux sujets à l'erreur humaine. Les pratiques actuelles de comptage des éponges présentent un taux d'erreur de 10 à 15 %. De plus, 80 % des éponges oubliées sont celles que le personnel estime être correctement comptées (Joint Commission, 2013).

Cisaillement du cathéter entraînant la rétention d'un corps étranger

La plupart des interventions par cathéter se déroulent sans complications, mais l'insertion et le retrait des cathéters peuvent entraîner la rétention de corps étrangers lorsqu'une partie du cathéter se rompt. Le cisaillement se produit généralement lors de l'insertion ou du retrait du cathéter chez les patients. Les fragments de cathéter restant chez les patients peuvent entraîner de graves complications en raison de l'emplacement ou de la migration du fragment ou de l'inflammation au niveau du site du fragment. Les raisons pour lesquelles un cathéter est cisailé sont les suivantes :

- L'application d'une force excessive lors du retrait du cathéter
- Le retrait du cathéter par l'aiguille d'insertion
- Le retrait du cathéter sur un biseau d'aiguille déformé ou endommagé
- Une imperfection du cathéter causée par un défaut de fabrication
- Un dommage causé au cathéter pendant ou après son insertion dans le corps du patient (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2009; Weinstein et Hagle, 2014)

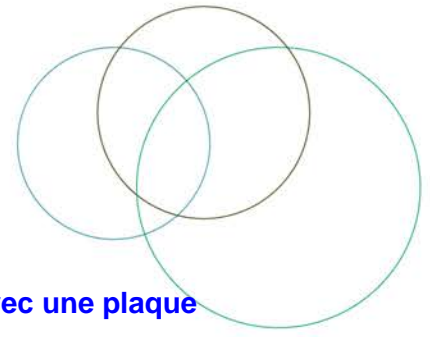
OBJECTIF

Réduire l'incidence de la rétention de corps étrangers.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Les défaillances de communication sont fréquentes dans la salle d'opération et peuvent entraîner des complications accrues telles que la rétention de corps étrangers. L'utilisation d'une liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire peut prévenir les défaillances de communication et réduire les complications. Bien que l'acte physique de « cocher une case » n'empêche pas nécessairement tous les événements indésirables, la liste de vérification est un outil qui permet d'encourager et d'améliorer les attitudes favorables au travail d'équipe et à la communication. Le respect de la liste de vérification requiert une communication avec le patient et est essentiel pour que les effets sur la sécurité du patient se concrétisent (Pugel *et al.*, 2015).





Récit de patients

La rétention de corps étrangers dans l'actualité

« C'était comme un coup de couteau », explique une patiente laissée avec une plaque métallique de 33 cm dans l'abdomen après une chirurgie.

Sylvie Dubé ne comprenait pas pourquoi elle souffrait d'une vive douleur à l'épaule en s'éveillant après l'opération [...] « C'était comme un coup de couteau », a-t-elle déclaré à Radio-Canada, en se rappelant de son opération du 14 mars. [...] Au fil des semaines, la douleur s'est aggravée [...]. Se sentant découragé, le couple s'est présenté aux urgences plus de deux mois après l'opération.

C'est à ce moment-là que Sylvie Dubé a passé une radiographie. Perplexes, les radiologues lui ont dit qu'il y avait un gros instrument médical dans son estomac (Gentile, 2017).

Le Canada est pire que d'autres pays riches en matière de sécurité des patients - notamment en ce qui concerne les objets laissés dans le corps après une opération, selon les données

Le Canada est à la traîne des autres pays riches en matière de sécurité des patients, selon de nouvelles données qui démontrent que les hôpitaux de notre pays enregistrent des taux nettement plus élevés de traumatismes obstétricaux, ainsi que de corps étrangers, tels que des éponges et des instruments, laissés dans le corps des patients après une opération [...] (Leung, 2019).

REVUES CLINIQUES ET SYSTÉMIQUES, ANALYSE DES INCIDENTS

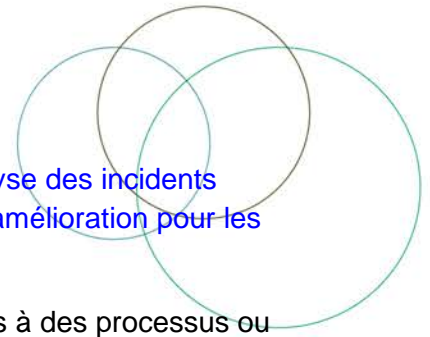
Étant donné les nombreuses causes potentielles de rétention d'un corps étranger ci-dessus, nous recommandons de procéder à des examens cliniques et systémiques pour déceler les causes potentielles et formuler des recommandations appropriées.

La survenue de préjudices est souvent complexe, avec de nombreux facteurs contributifs. Les établissements doivent :

1. Mesurer et faire le suivi des types et de la fréquence de ces incidents.
2. Utiliser des méthodes d'analyse appropriées pour comprendre les facteurs contributifs sous-jacents.
3. Élaborer et mettre en œuvre des solutions ou des stratégies visant à prévenir la récurrence et à réduire le risque de préjudice.
4. Mettre en place des mécanismes visant à atténuer les conséquences du préjudice lorsque cela survient.

Pour acquérir une meilleure compréhension des soins prodigués aux patients, l'étude de dossiers, l'analyse des incidents ainsi que les analyses prospectives peuvent être fort utiles pour reconnaître et saisir les opportunités d'améliorer la qualité. Des liens vers des ressources sur les



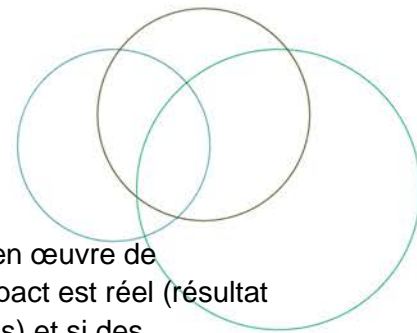


méthodes d'analyse sont fournis sous la rubrique des [ressources pour l'analyse des incidents et/ou l'analyse prospective](#) du document de [présentation de la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital](#).

Si votre examen révèle que vos cas de rétention d'un corps étranger sont liés à des processus ou des interventions spécifiques, les ressources suivantes pourraient vous être utiles :

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://www.ahrq.gov/>
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). <https://www.aorn.org/>
- American College of Surgeons - Revised statement on the prevention of unintentionally retained surgical items after surgery (2016). <http://bulletin.facs.org/2016/10/revised-statement-on-the-prevention-of-unintentionally-retained-surgical-items-after-surgery/#.WxVdN0xFyUI>
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). <https://www.aorn.org/>
- HIROC Retained Surgical Items - Risk Reference Sheet_(2016). <https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/retained-surgical-items>
- Institut canadien pour la sécurité des patients, [Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire \(2009\)](#)
- Nothing Left Behind. www.nothingleftbehind.org
- Organisation mondiale de la Santé – Sécurité chirurgicale. <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/>
- Pennsylvania Patient Safety Advisory. <http://patientsafety.pa.gov/>
 - Retained Surgical Items: Events and Guidelines Revisited (2017) http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201703_RSI.aspx
 - Epidural or Subarachnoid Catheter Shear (2009) http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200909_84.aspx
- Plumer's Principles and Practice of Infusion Therapy. Text Book/Manuel (Weinstein, S.M.; Hagle, M.E., 9e édition, 2014).
- The Joint Commission, *Preventing unintended retained foreign objects, Sentinel Event Alert*, Numéro 51, 2013. Disponible à l'adresse : https://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_51_Retained foreign bodies_10_17_13_FINAL.pdf





INDICATEURS

La mesure est essentielle à l'amélioration de la qualité, surtout pour la mise en œuvre de stratégies d'intervention. Les indicateurs choisis aident à déterminer si un impact est réel (résultat principal), si l'intervention est effectivement réalisée (indicateurs de processus) et si des conséquences imprévues en découlent (indicateurs d'équilibrage).

En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque cela est possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.
- Essayez d'inclure les indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscients que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouvera pertinents et passionnants (IHI, 2012).

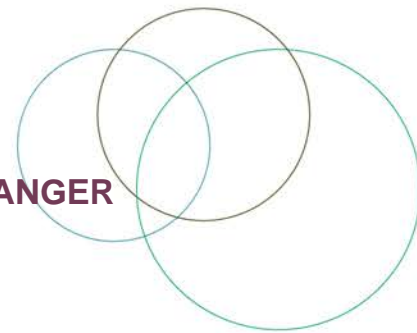
ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les [Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offrent l'opportunité d'apprendre des autres organismes en donnant accès à des incidents particuliers liés à la sécurité des patients, dont des alertes, des conseils, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et prévenir les incidents. Apprendre de l'expérience des autres organismes peut accélérer l'amélioration.

Termes de recherche recommandés :

- Rétention d'un corps étranger
- Oubli d'un corps étranger / Corps étranger oublié
- Sécurité chirurgicale / Chirurgie sécuritaire
- Implant
- Cathéter
- Fragments d'appareils non récupérés





EXEMPLES DE RÉUSSITE – RÉTENTION D'UN CORPS ÉTRANGER

Programme de gestion des instruments chirurgicaux

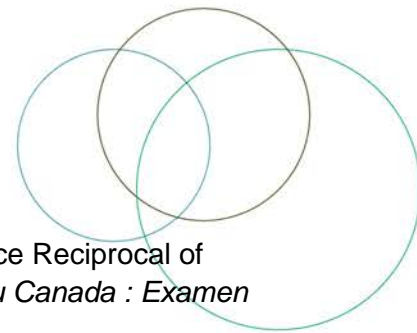
Hôpital Charles-Le Moyne, Québec, 2009

Le programme de gestion des instruments chirurgicaux à l'Hôpital Charles-Le Moyne est efficace et assure le plus haut niveau de sécurité. L'hôpital est doté d'un système de traçabilité efficient bien établi. Tous les instruments comportent un numéro d'identification unique. Lors de la préparation des plateaux, les instruments sont répertoriés à l'aide d'un système de scanner. Un code-barre est alors attribué aux plateaux. Pendant l'intervention chirurgicale d'un patient, tous les instruments et les appareils sont consignés dans une banque de données informatisée, et ce, sous le nom du patient. Ce système permet de retracer tous les instruments utilisés lors d'une chirurgie (Hôpital Charles LeMoyne, 2009).

Une erreur chirurgicale inspire un médecin à plaider pour la sécurité de tous les patients

Peter Pisters, [ancien] président et directeur général du University Health Network, se considère également comme le chef de la sécurité des patients [...] un devoir qu'il prend très au sérieux, alimenté par le souvenir douloureux d'une seule éponge chirurgicale laissée dans le corps de l'un de ses patients (ICSP, 2016b).





RÉFÉRENCES

- Association canadienne de protection médicale (ACPM), Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), *Analyse détaillée. Sécurité des soins chirurgicaux au Canada : Examen sur 10 ans des dossiers médico-légaux de l'ACPM et l'HIROC*, 2016.
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Surgical-Safety-in-Canada/Documents/Surgical%20Safety%20in%20Canada%20-%20Detailed%20Analysis%20Report%20FR.pdf#search=Analyse%20d%C3%A9tail%C3%A9e>
- Gawande A.A., D.M. Studdert, E.J. Orav, T.A. Brennan, M.J. Zinner, *Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery*, *N Engl J Med*, 2003; 348(3) :229-235. DOI : 10.1056/NEJMsa021721.
- Gentile D., « C'était comme un coup de couteau », explique une patiente laissée avec une plaque métallique de 33 cm dans l'abdomen après une chirurgie, ICI Grand Montréal, Radio-Canada, publié le 28 juin 2017. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1042228/erreur-medicale-operation-cancer-oublie-instrument-33-centimetres-abdomen-chum>
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), *Risk Reference Sheets: Retained Surgical Items*, Toronto, Ont. : HIROC; 2016. <https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/retained-surgical-items>
- Hôpital Charles-Le Moyne, *Pratique exemplaire : Programme de gestion des appareils chirurgicaux*, Ottawa, Ont. : Organisation de normes en santé; 2009.
<https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/programme-de-gestion-des-appareils-chirurgicaux/>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Le Canada tire toujours de l'arrière par rapport aux autres pays de l'OCDE sur le plan des mesures de la sécurité des patients*, Ottawa, Ont. : CIHI. 2019a. <https://www.cihi.ca/fr/le-canada-tire-toujours-de-larriere-par-rapport-a-dautres-pays-de-locde-sur-le-plan-des-mesures-de>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Outil Interactif de l'OCDE : comparaisons internationales*, Publié en 2019b. <https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-de-locde-comparaisons-internationales-securite-des-patients>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), *Corps étranger*, publié en 2016.
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/topic/pages/retained-foreign-object.aspx>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), *Une erreur chirurgicale inspire un médecin à plaider pour la sécurité de tous les patients*, publié en 2016.
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/healthcareproviderstories/pages/surgical-error-inspires-doctor-to-champion-the-safety-of-all-patients-2016-10.aspx>





- Institute for Healthcare Improvement (IHI), *How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications*, Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement (IHI); 2012.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>
- Leung W., *Canada worse than other wealthy countries in patient safety – including objects left in body after surgery, data show*, *The Globe and Mail*, publié le 7 novembre 2019.
<https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/article-canada-worse-than-other-wealthy-countries-in-patient-safety/>
- Pennsylvania Patient Safety Authority, *Epidural or Subarachnoid Catheter Shear*, *Pa Patient Saf Auth*, 2009; 6(3) :84-86. Extrait de :
http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200909_84.aspx
- Pugel A.E., V.V. Simianu, D.R. Flum et E. Patchen Dellinger, *Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications*, *J Infect Public Health*, 2015; 8(3) : 219-225. DOI : 10.1016/j.jiph.2015.01.001
- The Joint Commission, *Preventing unintended retained foreign objects*, *Sentin Event Alert*, 2013; (51). http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_51_URFOs_10_17_13_FINAL.pdf.
- Weinstein S.M. et M.E. Hagle, *Plumer's Principles and Practice of Infusion Therapy*, Ninth, Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

