



Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada

Des soins plus sécuritaires pour les patients | Septembre 2015

ISBN: 978-1-4606-6619-7

L'Institut canadien pour la sécurité des patients aimerait remercier Santé Canada de son soutien financier. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Préambule de L'institut canadien pour la sécurité des patients

Les patients s'attendent légitimement à recevoir des soins sécuritaires et les professionnels de la santé s'efforcent à prodiguer des soins qui entraînent une meilleure santé de même que des résultats efficaces et sécuritaires pour les patients. Malheureusement, il arrive que des événements indésirables surviennent durant ou après la prestation de soins. Bien que les risques soient inhérents aux soins, nous savons que bon nombre des événements qui entraînent des préjudices peuvent être évités grâce aux connaissances et aux pratiques actuelles.

Il y a énormément d'activités pour améliorer la sécurité des patients au Canada. En effet, il existe des conseils sur la qualité et la sécurité des patients dans la plupart des provinces, des leaders provenant des autorités régionales et des hôpitaux, ainsi qu'un grand nombre d'organismes nationaux qui consacrent leur mandat, en totalité ou en partie, à la sécurité des patients.

En janvier 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a réuni des partenaires clés du milieu de la santé pour former un Consortium national sur la sécurité des patients. Le consortium, qui œuvre à l'avancement d'un appel à l'action national pour la sécurité des patients, est constitué de plus de 50 organismes de santé canadiens qui représentent des gouvernements, des professionnels de la santé, des patients et des familles, des autorités de réglementation, des chercheurs, des éducateurs, des organismes chargés de l'application de la loi, et des agences et associations nationales et provinciales. Ces partenaires partagent leur expertise et collaborent pour accélérer le rythme, la diffusion et l'étendue de l'amélioration de la sécurité des patients.

L'an dernier, le consortium a identifié certaines actions prioritaires, dont l'une consistait à rassembler un groupe de partenaires bénévoles pour étudier les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins de santé au Canada et en rédiger la liste. Ce groupe est devenu l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver. Qualité des services de santé Ontario dirige l'équipe en collaborant avec les organismes qui se sont portés volontaires pour en faire partie.

Ce rapport représente le travail collectif du Consortium national sur la sécurité des patients afin de rédiger, pour la première fois, une liste de 15 événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada. Les *événements qui ne devraient jamais arriver* sont des 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.

Cependant, une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver ne réglera rien en soi. Pour qu'elle ait une portée réelle, nous devons prendre les mesures nécessaires pour savoir quand ces événements surviennent, et nous devons tirer parti des connaissances provenant des hôpitaux de l'ensemble du pays pour les éviter. L'ICSP préconise une culture d'amélioration continue de la qualité – où les erreurs sont déclarées ouvertement, les divulgations sont chose courante le dialogue ouvert ainsi que la résolution de problèmes sont encouragés – les patients et les familles agissent comme des participants actifs et à part entière.

L'ICSP souhaite reconnaître le leadership de Qualité des services de santé Ontario et de tous les organismes qui ont participé aux travaux de l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver et qui ont offert leurs services d'examen, leur appui et leurs conseils. Nous offrons également des remerciements spéciaux à Patients pour la sécurité des patients du Canada, car ils ont été la voix des patients pour ce projet.

La sécurité des patients est une responsabilité collective, atteignable seulement à travers la collaboration et l'expertise d'un grand nombre d'organismes et de personnes, incluant les patients et leur famille. Ces efforts ne peuvent être déployés individuellement par l'ICSP ou un autre organisme. Maintenant que la liste des événements qui ne devraient jamais arriver est dressée, nous avons hâte de promouvoir la sensibilisation aux pratiques exemplaires par la mesure et la prévention, et de les soutenir. La liste est un document évolutif. Elle devra donc être maintenue à jour et être pertinente pour les soins. Nous espérons que les fournisseurs de soins hospitaliers accueilleront favorablement le résultat de nos efforts, et qu'ils prendront le relais.

Préambule de Patients pour la sécurité des patients du Canada et de Qualité des services de santé Ontario

“ **La sécurité des soins quand vous prenez soin de nous doit être une priorité du système de soins de santé au Canada.** ”

—Patients pour la sécurité des patients du Canada

L'Angleterre et les États-Unis ont défini les événements qui ne devraient jamais arriver dans leur territoire de compétence. Au Canada, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont été des chefs de file dans l'adoption de listes semblables sur les événements concernant la sécurité du patient, qui incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver (3, 4). Cependant, en tant que pays, nous n'avons toujours pas obtenu de consensus sur une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver – jusqu'à maintenant. Le consensus national sur les événements qui ne devraient jamais arriver est une étape importante pour reconnaître les situations où des préjudices peuvent survenir et pour partager des solutions pour leur prévention.

Qualité des services de santé Ontario est honorée que le Consortium national sur la sécurité des patients lui ait demandé de diriger l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver. Nous avons eu un réel plaisir à promouvoir ce projet et à rallier des organismes de soins de santé, des professionnels de la santé, des patients et des membres de leur famille ainsi que le grand public au cours du processus.

Patients pour la sécurité des patients du Canada accueille positivement l'invitation à participer et à contribuer à la perspective du patient pour ce travail. Nous savons d'expérience que la prestation de soins médicaux est complexe et qu'elle implique de nombreux prestataires de soins de santé et de nombreuses transitions de soins. La prestation des soins sécuritaires est un processus évolutif continu qui requiert les commentaires et la collaboration de chacun dans le système et nous encourageons vivement les patients et les familles à être des partenaires de leurs soins en posant des questions et en s'exprimant lorsque quelque chose semble anormal ou s'ils ne se sentent pas en sécurité. Faire partie de l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver correspondait bien à la nature de Patients pour la sécurité des patients du Canada et nous a permis d'être certains que la voix des patients serait entendue.

De telles initiatives démontrent la force des organismes et des gens qui collaborent pour améliorer les soins et la sécurité des patients. Maintenant que les événements qui ne devraient jamais arriver ont été identifiés pour les hôpitaux à travers le Canada, nous, chez Patients pour la sécurité des patients du Canada et chez Qualité des services de santé Ontario, avons hâte de collaborer avec les prestataires de soins de santé, les dirigeants du système et les patients pour élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de prévention. Les patients et leur famille ne méritent rien de moins.

Barb Farlow
Membre, Patients pour la sécurité des patients du Canada

Dr Joshua Tepper
Président et chef de la direction, Qualité des services de santé Ontario

Introduction

Les patients s'attendent légitimement à recevoir des soins sécuritaires et les professionnels de la santé s'efforcent à prodiguer des soins qui entraînent une meilleure santé de même que des résultats efficaces et sécuritaires pour les patients. Malheureusement, il arrive que des événements indésirables surviennent durant ou après la prestation de soins. Bien que le risque soit inhérent aux soins, nous savons que bon nombre des événements qui entraînent des préjudices peuvent être évités grâce aux connaissances et aux pratiques actuelles.

Les événements qui ne devraient jamais arriver sont des accidents liés à la sécurité des patients qui donnent lieu à de graves préjudices, parfois même à la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de contrôles et de vérifications appropriés.

Bon nombre de ces événements ne surviennent que rarement, mais ils peuvent tous avoir de graves répercussions sur la vie et le bien-être des patients.

Plusieurs organismes, notamment l'American National Quality Forum et l'English National Health Service (1, 2), ont dressé des listes d'événements qui ne devraient jamais arriver et l'ont signalé. La terminologie et la portée varient, mais ces rapports sont de plus en plus axés sur les événements qui sont évitables de *manière fiable* plutôt que sur ceux qui sont *parfois* évitables. Au Canada, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont été des chefs de file dans l'adoption de listes semblables sur les événements concernant la sécurité du patient, qui incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver. (3, 4) Cependant, en tant que pays, nous ne sommes pas parvenus à un consensus relativement à l'adoption d'une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver – jusqu'à maintenant.

La sécurité des patients va au-delà des événements qui ne devraient jamais arriver, qui représentent seulement une petite proportion des enjeux relatifs à la sécurité des patients dans les établissements de soins de santé. Par exemple, la sécurité des patients touche également les *événements indésirables*, comme les infections postopératoires et les déséquilibres électrolytiques. De tels événements pourraient ne jamais être complètement évités, mais on peut néanmoins en réduire la fréquence. Cependant, bien que la sécurité des patients doive être abordée de manière globale, nous devons aussi mettre l'accent sur les incidents et accidents qui peuvent être complètement évités. (5)

Dans cet esprit, notre équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver est parvenue à un consensus sur les principales priorités relatives aux événements qui ne devraient jamais arriver dans les hôpitaux canadiens. L'accent est actuellement mis sur les événements qui peuvent se produire lorsqu'un patient est hospitalisé, situation où les fournisseurs de soins ont un contrôle accru sur les soins. Les événements comprennent des aspects comme des environnements sécuritaires, des soins chirurgicaux et l'administration précise de médicaments.

Les événements qui ne devraient jamais arriver peuvent sensibiliser davantage les gens à la sécurité des patients et servir d'occasion pour se concentrer sur la réduction et l'élimination de ces événements indésirables. Une culture organisationnelle qui réduit au minimum ou élimine les événements qui ne devraient jamais arriver est aussi susceptible de réduire d'autres préjudices évitables.

On ne cherche pas à trouver des coupables lors d'événements qui ne devraient jamais arriver; l'expression « qui ne devraient jamais arriver » est un appel à l'action et non une exigence ou une tentative de faire honte aux erreurs.

Nous préconisons plutôt une culture d'amélioration continue de la qualité, dans laquelle les erreurs sont déclarées ouvertement, les divulgations sont chose courante et le dialogue ouvert la résolution de problèmes sont encouragés, et à laquelle les patients et les familles agissent comme des participants de façon active et à part entière.

La prestation de soins aux patients est complexe et le risque est inévitable. Cependant, les organismes de soins de santé et les travailleurs 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.

Ce qui suit est le rapport final de l'équipe qui décrit 15 événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada, ainsi que les stratégies efficaces pour cerner ces événements et en réduire la fréquence.

Une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver ne réglera rien en soi. Pour qu'elle ait une portée réelle, nous devons savoir quand ces événements se produisent et tirer parti des connaissances provenant des hôpitaux à travers le pays, de l'expertise des fournisseurs et des expériences des patients afin d'éviter qu'ils se reproduisent.

Qui nous sommes

En janvier 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a réuni des partenaires clés du milieu de la santé et a créé le Consortium national sur la sécurité des patients. Le consortium, qui œuvre à l'avancement d'une invitation à agir nationale pour la sécurité des patients (6), est constitué de plus de 50 organismes de soins de santé canadiens qui représentent des gouvernements, des professionnels de la santé, des patients et des familles, des autorités de réglementation, des chercheurs, des éducateurs, des organismes chargés de l'application de la loi, et des agences et associations nationales et provinciales.

Le consortium a relevé un certain nombre d'actions, y compris le fait que Qualité des services de santé Ontario dirigerait un groupe de partenaires pour étudier les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins de santé au Canada et en rédiger la liste. Des organismes se sont portés volontaires pour faire partie de l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver, se retrouvent notamment :



Le Newfoundland and Labrador Provincial Safety and Quality Committee et deux représentants de l'organisme Patients pour la sécurité des patients du Canada se sont également joints à l'équipe. De plus, le Collège des médecins de famille du Canada a participé à ces travaux et souhaite prendre part aux futures activités visant à déterminer les accidents les plus fréquents qui ont des répercussions sur la sécurité des patients dans les milieux des soins primaires et des soins ambulatoires.

Notre démarche

Afin de tirer parti d'une grande diversité d'opinions et de points de vue, l'équipe de travail sur les événements qui

ne devraient jamais arriver a suivi un processus Delphi modifié afin de parvenir à un consensus. Une première analyse environnementale a permis de dresser une liste d'événements potentiels reconnus dans d'autres territoires de compétence comme des événements qui ne devraient jamais arriver, des événements graves à déclarer, des événements critiques et d'autres termes connexes. Plus particulièrement, nous avons regroupé des événements survenus en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, au Royaume-Uni, aux États-Unis (surtout au Minnesota), en Australie et en Nouvelle-Zélande ainsi que des alertes mondiales sur la sécurité des patients. L'équipe de travail s'est ensuite entendue sur une liste définitive d'événements potentiels en corrigeant les lacunes, en évitant la duplication et en éliminant les événements qui n'étaient pas jugés graves ou évitables de manière fiable. Nous péchions par l'inclusion pour faire passer les événements à la dernière étape du sondage.

L'équipe a sollicité les commentaires d'un certain nombre d'organismes d'intervenants sur des problématiques précises, comme l'agrément, la réglementation et la responsabilité professionnelles, et les priorités en matière de sécurité des médicaments. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a aussi été consulté sur ses travaux sur la sécurité dans les hôpitaux et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada a contribué de façon prépondérante à déterminer cinq événements pharmaceutiques (David U., président, communication personnelle, 3 mars 2015). Des avis cliniques, qui s'avéraient des éléments essentiels du travail, étaient sollicités à toutes les étapes de l'examen.

L'équipe a tenu compte des incidences des événements potentiels qui ne devraient jamais arriver en se fondant sur des données probantes existantes et sur l'expérience de territoires de compétence qui assurent plus particulièrement le suivi de la manifestation des événements qui ne devraient jamais arriver et en font rapport, tout en reconnaissant les limites des diverses démarches en matière de mesure, de disponibilité des données, ainsi que les lacunes en termes de production de rapports. (7, 8) Nous avons en outre étudié les données préliminaires des analyses de l'ICIS sur la sécurité des patients hospitalisés.

Nous avons utilisé la liste d'événements potentiels et les commentaires des intervenants pour élaborer la version préliminaire d'un sondage en ligne en vue de recueillir des commentaires auprès des intervenants du système de santé et des fournisseurs de soins. Nos objectifs consistaient à déterminer si les événements respectaient les critères d'un événement qui ne devrait jamais

arriver afin d'établir les domaines prioritaires et de recueillir des suggestions et des commentaires spécifiques. Les versions anglaise et française du sondage ont été créées et les membres de l'équipe de travail ont distribué celui-ci au sein de leurs réseaux, notamment aux travailleurs de la santé, aux dirigeants, aux cadres supérieurs, aux responsables de la sécurité des patients et de la qualité, aux chercheurs, aux décideurs, aux patients et aux familles. À la fin du sondage, nous avons demandé aux répondants de déterminer dix événements qui, selon eux, sont les plus prioritaires. Nous leur avons également demandé d'examiner une liste d'événements que l'équipe de travail n'a pas jugé prioritaires en leur donnant l'occasion d'exprimer leur désaccord. De plus, nous avons invité les répondants à présenter de nouveaux événements à des fins d'examen. Nous avons recueilli des données démographiques afin d'évaluer le nombre de représentants provenant de groupes de professionnels et de l'ensemble des secteurs de la santé.

Les critères présentés dans le sondage s'inspiraient des utilisations internationales de l'expression événements qui ne devraient jamais arriver et des ajustements ont été effectués lorsqu'il y avait de légères variations. On avait demandé aux répondants d'évaluer chaque événement en fonction de la mesure dans laquelle il respecte tous les critères suivants :

- **grave – il y a un risque élevé que l'événement entraîne de graves préjudices ou la mort (graves préjudices : changement permanent important dans la capacité des patients de fonctionner comme avant l'événement);**
- **récurrent – l'événement se produira probablement pour un autre patient si on ne l'aborde pas;**
- **reconnaisable – l'événement est facilement reconnaissable, clairement défini et non attribuable à d'autres causes possibles;**
- **évitable – des obstacles organisationnels appropriés empêcheront la manifestation de l'événement.**

À la suite de l'analyse environnementale et la révision par l'équipe de travail, 32 événements ont été reconnus comme des événements potentiels qui ne devraient jamais arriver et ont été inclus dans le sondage pancanadien. Au total, 158 sondages ont été remplis (136 en anglais et 22 en français). Les travailleurs de la santé (45 %) composaient le plus grand groupe de répondants, suivis des administrateurs/gestionnaires

(40 %). Parmi les travailleurs de la santé, 46 % se sont identifiés comme étant des médecins, 35 %, des infirmières et infirmiers, 3 % des pharmaciens et pharmaciennes, et 21 %, « autres ».

Les membres de l'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver ont examiné les résultats du sondage et sont parvenus à un accord relativement aux événements à inclure ou à exclure, aux exceptions à inclure dans les définitions des événements et aux domaines à explorer davantage avec des experts cliniques et des experts en politiques. Après une révision approfondie de la documentation, nous sommes parvenus à un consensus sur une proposition d'ensemble d'événements qui ne devraient jamais arriver.

Nous avons publié l'ébauche du document en ligne pour obtenir des commentaires du public du 17 juin au 10 juillet 2015. Les membres de l'équipe de travail ont avisé les intervenants dans leurs territoires de compétence respectifs et ont communiqué avec les répondants au sondage, dans les cas où ces derniers avaient décidé de fournir leurs coordonnées. Après la période de commentaires du public, les membres de l'équipe de travail ont examiné les commentaires reçus et sont parvenus à un consensus relativement aux changements apportés à la liste définitive d'événements qui ne devraient jamais arriver. L'annexe 1 décrit les événements qui ont été examinés et les raisons pour lesquelles ils n'ont finalement pas été sélectionnés comme événements qui ne devraient jamais arriver.

Événements panCanadiens qui ne devraient jamais arriver

L'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver a dévoilé la liste suivante des 15 événements qui ne devraient jamais arriver en soins hospitaliers au Canada.

1. Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention

Des exemples de cet événement incluent notamment une intervention chirurgicale du mauvais côté du corps ou réalisée sur le mauvais patient en raison d'un échantillon de biopsie mal étiqueté ou parce que deux patients portent le même nom.

Cet événement ne comprend pas les interventions chirurgicales au mauvais endroit de la colonne vertébrale, car l'imagerie peropératoire actuelle peut être une source d'erreur quant à l'emplacement de l'incision. Les interventions chirurgicales résultant

d'un diagnostic erroné sont exclues de cet événement, ainsi que celles qui sont modifiées en raison d'anomalies anatomiques imprévisibles.

2. Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient

Cet événement comprend tout tissu ou dispositif introduit dans le corps d'un patient, par exemple, produits sanguins et organes incompatibles avec le groupe sanguin du patient, erreur dans le produit ou ovule/sperme provenant d'un mauvais donneur. Cela ne comprend pas les cas où un professionnel de la santé exerce son jugement clinique pour dévier d'un plan chirurgical (c.-à-d. opter intentionnellement pour un implant différent), ou lorsque le bon implant s'avère ne pas être optimal après l'intervention chirurgicale.

3. Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale

Une éponge ou une serviette laissée à l'intérieur du patient après une intervention chirurgicale sont des exemples de ce genre d'omission. Ce sont des événements qui ne devraient jamais arriver, peu importe s'il y a eu préjudice ou non, ou si l'objet a été découvert à l'hôpital ou après le congé. Les cas où des objets sont laissés intentionnellement dans le corps d'un patient (p. ex., sutures, endoprothèses, appareils médicaux, ou à la discrétion du chirurgien si l'enlever représente un risque) ne font pas partie de ce type d'événement qui ne devrait jamais arriver, de même que les cas où un objet a été laissé dans le patient au cours d'une intervention urgente, mais qui a été découvert immédiatement par imagerie postopératoire.

4. Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils fournis par l'établissement de soins de santé et insuffisamment stérilisés

Cet événement comprend les cas où un instrument stérile est contaminé avant l'utilisation (p. ex., injection à partir d'un flacon contaminé) ou lorsque le matériel (p. ex., un scope) est mal nettoyé.

Les contaminations dues au fabricant sont exclues, car elles sont considérées comme un problème de sécurité industriel et non comme une erreur commise au point de soins.

5. Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée

Cet événement inclut les situations où le patient connaît son allergie au médicament, mais qu'il reçoit tout de même, car l'hôpital n'a pas posé de questions sur les allergies, ou parce que l'allergie était connue, mais que l'hôpital n'a pas pu éviter d'administrer le médicament.

Les cas où les allergies ne sont pas connues des patients sont exclus de cet événement, de même que les cas où le médicament doit être administré d'urgence (p. ex., les agents de contraste pour l'imagerie) ou lorsque le patient est inconscient. Cependant, il est important de reconnaître que les préjudices issus des situations d'urgence peuvent être réduits au minimum au moyen d'une surveillance et de mesures efficaces.

6. Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation

Cet événement comprend l'administration d'un mauvais gaz attribuable à quelque cause que ce soit, comme une erreur commise par le fournisseur, une erreur d'étiquetage ou l'utilisation inadéquate de raccords spécifiques pour le gaz. Ces gaz peuvent être inhalés ou insufflés dans une cavité corporelle, comme les sinus ou l'abdomen.

7. Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques

Les cinq événements pharmaceutiques suivants représentent les erreurs qui peuvent entraîner de graves conséquences pour les patients :

- erreur au niveau de la voie d'administration d'agents chimiothérapeutiques, comme la vincristine administrée par voie intrathécale (injectée dans le canal rachidien);
- administration intraveineuse d'une solution de potassium concentrée;
- injection accidentelle d'épinéphrine destinée à un usage topique;
- surdose d'hydromorphone par l'administration d'une solution plus concentrée que prévu (p. ex., 10 fois le dosage en tirant une dose d'une solution de 10 mg/ml au lieu d'une solution de 1 mg/ml ou en ne tenant pas compte de l'ajustement nécessaire par la dilution / le dosage);
- blocage neuromusculaire sans sédation, contrôle des voies aériennes et capacité de ventilation.

8. Décès ou préjudice grave à la suite de l'omission de déceler et de traiter les perturbations métaboliques

Cet événement sera d'abord uniquement axé sur l'hypoglycémie chez un patient admis et l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés.

Des perturbations métaboliques surviennent lorsque des réactions chimiques anormales dans le corps (p. ex., diabète) nuisent à d'importants processus biologiques. L'hypoglycémie est également appelée faible taux de sucre dans le sang et peut entraîner des conséquences extrêmement graves comme des crises et la mort si elle n'est pas décelée et prise en charge. L'hyperbilirubinémie se produit lorsque le sang contient trop de bilirubine (provenant de la dégradation des globules rouges). L'affection, également appelée jaunisse, est courante chez les nouveau-nés. Les symptômes chez le nouveau-né peuvent comprendre l'apathie, l'humeur grincheuse et des problèmes d'alimentation pouvant mener à de graves préjudices, comme des crises et des dommages au cerveau (kernictère). Bien que cet événement ne soit axé que sur les cas de patients hospitalisés, il est important de reconnaître que l'hyperbilirubinémie peut également être diagnostiquée à la suite du congé de l'hôpital.

9. Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital

Les plaies de pression, également appelées plaies de lit, sont classées en quatre stades :

- stade I – la peau présente une couleur légèrement différente, mais il n'y a aucune plaie ouverte;
- stade II – la peau se fend et un ulcère se forme;
- stade III – la plaie s'aggrave et forme un cratère dans les tissus;
- stade IV – la plaie est très profonde et cause des dommages considérables; ces plaies peuvent nuire aux muscles, aux os et aux tendons.

Les stades III et IV peuvent entraîner de graves complications comme des infections aux os ou au sang (sepsie).

10. Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM

L'équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) crée des champs magnétiques très puissants. Lorsque des objets métalliques ou magnétiques, comme du métal dans un vêtement, un dispositif implanté, une paire de ciseaux, ou même un fauteuil roulant de l'hôpital sont dans la même pièce que l'appareil d'IRM, ils peuvent devenir des projectiles dangereux se déplaçant rapidement pouvant causer des blessures ou même entraîner la mort des patients.

Un certain nombre de protocoles de sécurité existent qui, une fois mis en œuvre, préviennent ces événements. (9-13)

11. Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles

Cet événement comprend les brûlures causées lors de la prestation des soins, par exemple, les incendies provoqués par l'oxygène, les brûlures accidentelles lors d'une intervention chirurgicale, et les brûlures dues à la chaleur / au froid lors d'un bain supervisé, de l'application de compresses chaudes ou froides, et les soins de plaies. Cet événement ne comprend pas les brûlures causées par d'autres risques liés à l'environnement, par exemple, lorsque le patient utilise du matériel de cuisine.

12. Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance

Cet événement comprend seulement les fugues de patients dont l'état (p. ex., démence, psychose, suicidaire) nécessite un traitement en établissement ou service sécurisé. Il peut comprendre un patient qui quitte délibérément l'établissement ou le service, ou qui s'éloigne accidentellement.

13. Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé

On reconnaît que le suicide n'est pas toujours évitable. Les établissements de santé ne sont pas conçus ou outillés pour surveiller un patient en permanence. Cependant, lorsqu'on détermine que le patient a des tendances suicidaires, il faut établir et suivre des protocoles de surveillance et de mise en place d'un environnement sécuritaire.

14. Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne

Cet événement comprend tous les cas où un nourrisson est enlevé ou confié à une personne qui n'est pas son parent ou son tuteur légal, ou à un parent biologique qui n'a pas la garde légale de l'enfant. Dans ce dernier cas, le point de défaillance serait le fait de ne pas avoir établi le statut légal avec le parent légal, ou de ne pas avoir vérifié le statut consigné au moment du congé.

15. Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence, au cours duquel on n'a pas suivi les protocoles visant à assurer que le patient soit laissé dans un environnement sécuritaire

Lorsqu'un patient à la santé fragile ou atteint de démence est transporté à son domicile ou vers un autre établissement ou service, il doit être laissé avec le soutien approprié. Il est essentiel que les gens responsables des transports s'assurent que le patient est laissé dans un environnement sécuritaire et que les personnes soignantes aient reçu un avis approprié.

Utilisation des événements qui ne devraient jamais arriver pour accroître la sécurité des patients

L'équipe de travail sur les événements qui ne devraient jamais arriver a sollicité les commentaires du public, notamment des décideurs, des patients et leur famille, des soignants et des fournisseurs de soins de santé. Nous avons intégré leurs commentaires et dressé cette liste d'événements qui ne devraient jamais arriver dans les hôpitaux. Cependant, elle ne marque pas la fin de notre travail et ne préviendra certainement pas les accidents à elle seule.

Notre équipe de travail ne détient pas le pouvoir d'exiger des changements dans l'exercice de la profession, et ne devrait pas le détenir.

Les efforts visant à améliorer la sécurité des patients devraient être dirigés à la fois par les systèmes de santé provinciaux/territoriaux et locaux et, surtout, par les travailleurs qui sont aux premières lignes des soins de santé.

Notre travail vise à fournir certains secteurs et certains objectifs afin d'améliorer continuellement la sécurité des patients.

La prestation de soins aux patients est une entreprise fondamentalement complexe et le risque est inévitable. La reconnaissance des événements qui ne devraient jamais arriver et la lutte contre ceux-ci ne constituent qu'un aspect des efforts visant à prodiguer des soins sécuritaires. L'identification des événements qui ne devraient jamais arriver ne vise pas à remplacer d'autres efforts pour assurer des soins sécuritaires; elle vise plutôt à venir compléter ces efforts et à mettre l'accent sur les événements qui pourraient être complètement évités grâce à de solides systèmes cliniques et organisationnels. La liste n'est qu'une base – selon l'établissement, la culture et les efforts axés sur la sécurité des patients, elle peut comprendre d'autres événements dans cette catégorie. Les conseils d'administration devraient surveiller d'autres événements qui peuvent et qui devraient être améliorés et qui pourraient de fait être inclus à l'avenir dans la catégorie des événements qui ne devraient jamais arriver.

Nous croyons que diverses stratégies peuvent s'avérer efficaces pour cerner et réduire les événements qui ne devraient jamais arriver, notamment des changements culturels, des déclarations et des systèmes d'apprentissage, ainsi que l'identification d'occasions d'amélioration et d'amélioration continue appuyées par la mesure et l'évaluation.

Culture

Notre système doit favoriser des cultures justes et de confiance qui reconnaissent que des événements qui ne devraient jamais arriver peuvent survenir, mais qu'ils peuvent aussi être évités.

Les organismes devraient soutenir et fournir un environnement où les professionnels de la santé, le personnel, les patients et les familles se sentent en sécurité pour déclarer des événements indésirables ou des échecs au niveau du système et en discuter. Ils devraient saisir ces occasions pour apprendre et s'améliorer. Un leadership fort au sein des équipes et des organismes, de même que la participation des patients et des familles peuvent et devraient perpétuer cette culture.

Production de rapports et apprentissage

La production de rapports sur la sécurité des patients exige des données de qualité, qui sont plus susceptibles d'être produites dans des environnements où le personnel et les patients se sentent en sécurité pour déclarer et discuter des événements indésirables et des lacunes dans les mesures de sécurité du système. On

devrait encourager les organismes et les responsables des systèmes de santé des provinces et des territoires à assurer le suivi de l'incidence des événements qui ne devraient jamais arriver afin de mieux comprendre la fréquence à laquelle ils surviennent, de faciliter la gestion et l'analyse rapides des événements, et de suivre les progrès au fil du temps. On devrait également les encourager à partager publiquement ce qu'ils ont appris de l'examen des événements et leurs recommandations chaque fois que les lois pertinentes l'autorisent. Les efforts visant à prévenir les événements qui ne devraient jamais arriver dans un territoire de compétence présentent assurément un intérêt pour les autres organismes de l'ensemble du Canada et à l'étranger.

À l'avenir, la déclaration pourrait aider à éclairer les révisions de la liste d'événements qui ne devraient jamais arriver. Les systèmes de déclaration pourraient aussi venir compléter d'autres initiatives de mesure de la sécurité des patients plus générales, comme celles mises en place en Saskatchewan, en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, et mises en œuvre à l'échelle nationale par l'ICIS.

Repérer les occasions d'amélioration

La déclaration et les discussions ouvertes concernant les événements indésirables devraient aussi porter sur ce qui pourrait être fait pour éviter de futurs événements et la façon dont on peut améliorer la sécurité des patients.

Un objectif commun visant les principaux événements qui ne devraient jamais arriver peut aussi encourager le partage des pratiques exemplaires et les mesures d'amélioration de la qualité réussies au sein des organismes et des régions géographiques et entre eux.

Amélioration continue appuyée par les mesures et l'évaluation

L'amélioration de la qualité est un processus continu qui n'a pas de fin, tout comme il n'existe pas de point où les soins sont entièrement dénués de risque. Les mesures et l'évaluation en continu sont essentielles pour évaluer et poursuivre les efforts. Les responsables du système et les organismes de soins devraient réfléchir à la façon d'appuyer ces mesures, notamment par la formation et la méthode de comptabilisation des événements rares (p. ex., le délai entre les mesures) et les mesures d'amélioration du processus (14).

Prochaines étapes

Le Consortium national sur la sécurité des patients continuera de promouvoir l'adoption et l'impact de cette liste des événements qui ne devraient jamais arriver. Nous continuerons de sensibiliser les partenaires du système de santé et les fournisseurs de soins à la question, apporterons du soutien, comme les pratiques exemplaires, en matière de mesure, de gestion et de prévention des incidents, et veillerons à la pertinence de la liste canadienne des événements qui ne devraient jamais arriver et continuerons de la mettre à jour. Ces mises à jour tiendront compte de toutes les données nouvelles ou améliorées sur les accidents ainsi que les tendances.

De plus, deux mesures connexes ont été présentées comme des priorités. La première consiste à trouver un consensus similaire au sujet des risques élevés associés aux soins primaires et ambulatoires, où l'on a constaté que les soignants avaient moins de contrôle que dans les soins aigus. Les membres de notre équipe de travail ont exprimé leur souhait de poursuivre ce travail axé sur la réduction des risques.

Deuxièmement, le Consortium national de la sécurité des patients a, dès le début, constaté la nécessité de donner un compagnon aux événements qui ne devraient jamais arriver : *les aspects devant toujours être présents*. Cela correspond aux pratiques exemplaires qui doivent toujours être appliquées dans le processus de soins. De telles vérifications organisationnelles peuvent renforcer davantage la sécurité des patients en matière de soins de santé au Canada afin de prévenir des décès ou de graves préjudices.

La création de cette liste d'événements qui ne devraient jamais arriver n'est que la première étape. Nous invitons maintenant les administrateurs et le personnel des hôpitaux à donner vie à cette liste en créant et en adoptant des procédures qui contribueront à ce que ces 15 événements n'arrivent pas dans les hôpitaux canadiens.

Les patients méritent nos plus grands efforts.

Bibliographie

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality. *Never events* [Internet], Rockville (MD) : The Agency, 2014 [mis en jour en déc. 2014; cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3>.
- 2) NHS England. *Never events* [Internet], Leeds (R.-U.) : NHS England, 2015 [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://www.england.nhs.uk/ourwork/patientsafety/never-events/>.
- 3) Gouvernement de la Saskatchewan. *Critical incidents, 3. Critical incident reporting* [Internet], Regina (Sask.) : gouvernement de la Saskatchewan [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/critical-incident-reporting>.
- 4) Province de la Nouvelle-Écosse. *Serious reportable events* [Internet], Halifax (N.-É.) : province de la Nouvelle-Écosse, 2013 [mis à jour le 21 mai 2015; cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://novascotia.ca/dhw/qps/serious-reportable-events.asp>.
- 5) Lancet UK Policy Matters. *Patient safety—never events* [Internet], 8 juin 2011 [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://ukpolicymatters.thelancet.com/patient-safety-never-events/>.
- 6) Consortium national sur la sécurité des patients. *Progresser avec la sécurité des patients : L'engagement par l'action*, rapport de réunion, juillet 2014, Toronto (Ontario) : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2014. Accessible à l'adresse : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/patientsafetyforwardwith4/pages/national-patient-safety-consortium.aspx>.
- 7) Butt, A. R. « Medical error in Canada: issues related to reporting of medical error and methods to increase reporting », *Clin Rev.*, vol. 7, n° 1 (2010), pp. 15 à 18.
- 8) Noble, D. J. et P. J. Pronovost. « Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction », *J Patient Saf.*, vol. 6, n° 4 (2010), pp. 247 à 250.
- 9) Shellock, F. G. et J. V. Cruess III. « MR safety and the American College of Radiology white paper », *AJR Am J Roentgenol* [Internet], vol. 178, n° 6 (juin 2002) [cité en 2015], 4 p. Accessible à l'adresse : <http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.178.6.1781349>.
- 10) American College of Radiology. *MR Safety* [Internet], Reston (VA) : The College, 2013 [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://www.acr.org/quality-safety/radiology-safety/mr-safety>.
- 11) Association canadienne des technologues en radiation médicale. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : *Accès contrôlé à l'environnement d'IRM* [Internet], Ottawa (Ont.) : L'Association [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <https://ww2.camrt.ca/bpg/santeetsecuriteautravail/securiteetirm/accescontrolealenvironnementdirm/>.
- 12) L'Association canadienne des radiologistes. *Normes de la CAR en matière d'imagerie par résonance magnétique* [Internet], Ottawa (Ont.) : L'Association, 2011 [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : http://www.car.ca/uploads/standards%20guidelines/standard_magnetic_resonance_fr.pdf.
- 13) Santé Canada. *Lignes directrices sur l'exposition aux champs électromagnétiques provenant d'appareils cliniques à résonance magnétique – code de sécurité – 26 – 4.5 : Stimulateurs cardiaques et implants métalliques* [Internet], Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 2008 [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/87ehd-dhm127/index-fra.php#a45>.
- 14) Institute for Healthcare Improvement. *Measuring rare events and time-between measures* [Internet], Cambridge (MA) : The Institute [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <http://www.ihl.org/resources/Pages/Presentations/MeasuringRareEventsandTimeBetweenMeasures.aspx>.

Annexe 1 : événements qui sont considérés comme des événements qui ne devraient jamais arriver, mais qui ne sont pas jugés comme tels

- **Surdose d'opioïdes chez les patients hospitalisés** – Peut ne pas toujours être évitable en ayant recours à des barrières systémiques, même après l'exécution adéquate d'ordonnances appropriées. On préfère plutôt mettre l'accent sur le risque spécifique lié au dosage d'hydromorpnone.
- **Décès maternel attribuable à une hémorragie post-partum à la suite d'une césarienne de convenance** – Pas toujours complètement évitable en raison d'affections sous-jacentes non diagnostiquées (p. ex., troubles de saignement) et de complications.
- **Décès maternel ou préjudice grave lié au travail ou à l'accouchement dans le cas d'une grossesse à faible risque pendant que la patiente se trouve dans un établissement de soins de santé** – Pas toujours complètement évitable en raison d'affections sous-jacentes non diagnostiquées ou de complications. Un « faible risque » peut devenir très rapidement un « risque élevé ».
- **Décès du patient ou préjudice grave lié à l'utilisation de médicaments, de dispositifs ou de produits biologiques contaminés fournis par l'établissement de soins de santé, notamment des contaminants généralement détectables comme des matières infectieuses ou des substances étrangères, peu importe la source de contamination** – Mieux représenté par l'événement qui ne devrait jamais arriver relatif à la stérilisation inadéquate. Préoccupation par rapport au fait que certains cas de contamination découlent d'une erreur du fabricant, ce qui dépasse la portée des événements qui ne devraient jamais arriver.
- **Décès du patient ou préjudice grave attribuable à un incendie lié à l'utilisation d'oxygène** – Mieux représenté par l'événement qui ne devrait jamais arriver lié aux brûlures accidentelles du patient.
- **Soins ordonnés ou fournis par une personne se faisant passer pour un médecin, une infirmière ou un infirmier, un pharmacien ou une pharmacienne ou un autre professionnel de la santé réglementé** – Il s'agit d'un acte criminel. Le risque peut être réduit au minimum, mais il est difficile de l'éviter de manière fiable.
- **Décès du patient ou préjudice grave attribuable à la manipulation vertébrale pendant que le patient est soigné dans un établissement de soins de santé** – Pas toujours possible de le prévoir ou d'éviter complètement. Si le mouvement est thérapeutique, il y a des préoccupations relatives à la manipulation nécessaire pour l'intervention chirurgicale, à la façon dont l'événement pourrait être cerné/attribué, aux facteurs de risque connus de la manipulation vertébrale, etc.
- **Décès du patient ou préjudice grave lié à une chute pendant que le patient est soigné dans un établissement de soins de santé** – Pas toujours évitable. La prévention complète des chutes exigerait la restriction complète de la mobilité d'un patient et présente ses propres risques pour la santé, en plus de soulever des préoccupations relatives à la liberté personnelle.
- **Décès du patient ou préjudice grave lié à une embolie intravasculaire qui survient lorsque le patient est soigné dans un établissement de soins de santé** – Les embolies sont des complications qui peuvent être difficiles à éviter complètement. Il y a une préoccupation par rapport aux dispositifs d'accès veineux central et des patients confus qui retirent leurs propres cathéters.
- **Décès du patient ou préjudice grave causé par l'utilisation de moyens de contention ou de ridelles pendant que le patient est soigné dans un établissement de soins de santé** – Les moyens de contention sont parfois nécessaires pour la protection des patients et celle des travailleurs de la santé. Il y a d'autres préoccupations liées à l'équilibre entre le risque de préjudice et les avantages (p. ex., les moyens de contention peuvent prévenir les chutes des patients). De plus, les blessures sont multifactorielles.
- **Enlèvement d'un patient de tout âge** – Il s'agit d'un acte criminel. Le risque peut être réduit au minimum, mais il est difficile de l'éviter de manière fiable dans les unités de soins non néonataux.
- **Agression sexuelle d'un patient dans un établissement de soins de santé** – Il s'agit d'un acte criminel. Le risque peut être réduit au minimum, mais il est difficile de l'éviter de manière fiable.

- **Décès du patient ou préjudice grave attribuable à une agression physique (p. ex., acte de violence) survenue dans un établissement de soins de santé** – Il s'agit d'un acte criminel. Le risque peut être réduit au minimum, mais il est difficile de l'éviter de manière fiable.
- **Décès d'une personne en santé pendant l'opération ou immédiatement après celle-ci (définie par l'American Society of Anesthesiologists comme un patient de catégorie I)** – Préoccupation à l'égard d'affections sous-jacentes (p. ex., arythmie inconnue) et complications imprévues chez les patients en bonne santé apparente. Le décès n'est pas toujours évitable.
- **Mauvaise utilisation du matériel causant des préjudices au patient** – Préoccupation que la portée de cet événement soit trop vaste. Les événements qui ne devraient jamais arriver auront une plus grande incidence sur la sécurité des patients s'ils sont propres à un risque connu et si on a recours à des méthodes de prévention claires.
- **Préjudice dû à un transfert inapproprié d'un patient entre les unités** – Axé sur la continuité des soins. Préoccupation par rapport à l'attribution de l'erreur et de la rigueur des protocoles de communication pour prévenir l'événement.