

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

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

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 *parfois* 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 *infections*, 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

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

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 nomb

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

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

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 d'urgence.

- 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. [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. *Never 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. [Internet], 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 », *Canadian Journal of Quality in Health Care*, 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. Crues III. « MR safety and the American College of Radiology white paper », [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. [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 [Internet], Ottawa (Ont.) : L'Association [cité en 2015]. Accessible à l'adresse : <https://www2.camrt.ca/bpg/santeetsecuriteautravail/securiteetim/accescontrolealenvironnementdim/>.
- 12) L'Association canadienne des radiologistes. [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)

- **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'hydromorphone.
- **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**
d.1 (4 TinfMCieu)18osit74 Tis par

- Décès du patient ou préjudice grave attribuable à une agression physique (p. ex., acte de violence) survenue dans un établissement de soins de santé