

Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup

Hina Laeeque, Barb Farlow and Sandi Kossey

Abstract

In September 2015, Health Quality Ontario (HQO) and the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), with an action team that brought together quality councils and committees along with patient and family representatives, garnered consensus and published the report *Never Events for Hospital Care in Canada* (HQO and CPSI 2015). The report is a call to action for healthcare leaders to prevent the occurrence of never events. Many sites have already been collecting data and focusing efforts on reducing never events. We need to take this action further, to collaborate between sites and provinces and territories so that we can learn from one another and prevent patient harm. This is an opportune time to centre our efforts so that never events no longer occur in our hospitals.

Carola's son, Nicholas, was diagnosed with a heart condition called Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome, an abnormality of the electrical system of the heart that can cause rapid and erratic heart rates. He had been symptom-free for several years but at the age of 15 fell ill one day at his Penticton, BC, high school with a racing heart. After being stabilized, he was booked for cardiac ablation treatment. People with WPW syndrome essentially have an extra electrical pathway in their hearts. Under cardiac ablation, tiny metal-tipped catheters are inserted through the femoral artery in the leg up into the heart. During a four- to five-hour procedure, doctors map out the

electrical systems of the heart and then ablate, or burn, the extra, abnormal pathway that is the cause of the problem.

Cardiac ablation is not without risks, but it has virtually eliminated surgical open-heart treatments in the vast majority of WPW syndrome patients. Everything seemed to be going according to plan. Carola stepped out of the waiting room for a short while, and when she returned, she was told that something serious had happened: her son's heart had stopped. He was now undergoing emergent open-heart surgery.

It was only afterwards that Carola learned that before the ablation was done, a cardioversion (shocking of the heart) had triggered a dangerously abnormal arcing within Nicholas's chest, causing three burns to the top of his right atrium. One of the burns was 4 mm, large enough to significantly deteriorate Nicholas's condition, requiring the physicians to open up his chest emergently to deal with the unintended burn.

The accidental burn Nicholas suffered should never have happened. This is a never event. Until recently, Canada, a developed country and respected leader in patient safety, did not pay due attention to the most serious types of preventable harm occurring across the country. This is unacceptable.

A Global Perspective on Never Events

The term “never events” was first identified by the chief executive officer of the National Quality Forum (NQF) in the US in 2001 to highlight appalling medical incidents (Agency for Healthcare Research and Quality 2019). Since then, the NQF has identified 29 never events and grouped these as follows: surgical, product or device, patient protection, care management, environmental, radiologic and criminal events. Since the NQF disseminated its original never events list in 2002, 27 US states have passed legislation related to hospital reporting of adverse events and 16 states mandate reporting of serious adverse events (including many of the NQF never events). Healthcare facilities are accountable for correcting systematic problems that contributed to the event, with some states mandating performance of a root cause analysis and reporting its results.

The National Health Service (NHS) in England updated its never events policy and framework in 2015 (NHS England 2015) and 2018 (NHS Improvement 2018). Notably, in the recent update, the option to impose financial repercussions when a never event occurs at a site has been removed. In addition, the NHS commissioned a surgical never events task force to make recommendations on reducing events in this area. NHS England also publicly reports never events data monthly. For the 2015 fiscal year, 442 never events were reported (NHS Improvement 2017). Several other countries publicly report on never events or serious patient safety incidents, such as Australia (since 2002) and New Zealand (since 2012), and there are international comparisons on retained surgical devices through the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) healthcare quality indicators (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care n.d.).

Although most provinces and territories are not publicly reporting on never events, all have policies ... for identifying and addressing never events when they do occur.

Canadian Cross-Country Perspective on Never Events

In Canada, we do not have consensus on the terminology, categorization or tracking of never events across the country. Never events may include critical incidents and serious reportable incidents, as defined by some provinces. For example, Manitoba’s legislation defines a critical incident as “an unintended event that occurs when health services are provided to an individual and results in a consequence to him or her that is serious and undesired” (Winnipeg Regional Health Authority n.d.). Nova Scotia defines serious reportable events as “an adverse health event which results in serious disability or

death and includes but is not limited to actual or potential loss of life, limb or function related to a health service provided by a DHA or IWK” (Nova Scotia Health and Wellness n.d.). The Government of Saskatchewan (n.d.) defines a critical incident as “a serious adverse health event including, but not limited to, the actual or potential loss of life, limb or function related to a health service provided by, or a program operated by, a health care organization.”

Furthermore, the rate of never events and/or serious events across Canada is unknown. The provinces of Saskatchewan, Nova Scotia and Prince Edward Island (PEI) regularly publicly report on serious patient safety incidents (which include some never events). The Nova Scotia Health and Wellness department reported 87 serious incidents over 2014–15 in provincial facilities and 128 serious incidents in 2015–16 (Nova Scotia Health and Wellness n.d.). In Saskatchewan, during 2015–16, a total of 249 critical incidents were reported to the Ministry of Health (Government of Saskatchewan n.d.). In PEI, from July to September 2017, 20 serious patient safety incidents were publicly reported (Government of Prince Edward Island 2018). These departments make reports publicly available to demonstrate commitment to transparency and openness. However, a true pan-Canadian estimate of never events across Canada is currently unknown.

Although most provinces and territories are not publicly reporting on never events, all have policies, procedures and protocols in place for identifying and addressing never events when they do occur. The current status of attention to never events/critical incidents/serious patient safety events by province/territory is outlined in Table 1.

Getting to Canadian Consensus on Never Events

In 2014, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), together with Health Quality Ontario (HQP), supported an action team, which included the BC Patient Safety & Quality Council, the Health Quality Council of Alberta, the Manitoba Institute for Patient Safety, the Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative, the Newfoundland and Labrador Provincial Safety and Quality Advisory Committee and representation from Patients for Patient Safety Canada (a patient-led program of CPSI), to review, discuss and define never events for Canada.

The Never Events Action Team reviewed the definitions used across the country, along with international definitions. Never events, as decided by this group of experts, are defined as patient safety incidents that result in serious patient harm or death and that can be prevented by using organizational checks and balances (HQP and CPSI 2015). Examples of never events include surgery on the wrong body part or wrong patient, an unintended foreign object left in a patient following a procedure or harm due to improperly sterilized instruments (see Box 1 for the full list of never events).

TABLE 1.
Status of never events/critical incidents/serious patient safety events by province/territory

Province/territory	Status of never events/critical incidents/serious patient safety events
Alberta	Defined as “serious, largely preventable patient safety indicators that should not occur if the available preventative measures are in place.” Data sources are currently not publicly available, but reporting is planned at the provincial and zone levels on an annual and a quarterly basis.
British Columbia	Each regional health authority has its own policies for internal reporting. The British Columbia Patient Safety & Learning System (BCPSLS) is a web-based tool used by healthcare providers across BC to report and learn from patient safety concerns such as actual adverse events, good catches (near-misses) and hazards. Currently, administrators are reviewing alignment between BCPSLS and the 15 never events to assess automatic retrieval of data (personal correspondence with author).
Manitoba	For critical incidents, the health facility or regional health authority is required to report to Manitoba Health, Seniors and Active Living and investigate the incident, in compliance with provincial legislation, to learn what happened and to recommend changes to prevent similar incidents from happening again. Disclosing the incident to the patient or family is also required.
Nova Scotia	Healthcare institutions are required to publicly report on “serious reportable events,” which includes some never events, since 2013.
New Brunswick	The executive management for quality, risk and patient safety for New Brunswick’s regional health authorities are in the process of developing methodology to capture never events. Protocols and processes will be established, and results will be communicated internally to the board employees and physicians. These measures will help prevent never events and improve patient safety culture (personal communication with CPSI).
Ontario	Fifteen Ontario hospitals are collaborating to pilot a new reporting and learning system for the province. This involves reporting critical incidents and never events and encouraging collaborative learning. Data requirements have been confirmed by the demonstration group, and the first data submission occurred in January 2017.
Saskatchewan	Healthcare institutions are required to publicly report on “critical incidents,” which includes some never events. When a patient is harmed or where there is a potential for harm, professionals in regional health authorities (RHAs) and the Saskatchewan Cancer Agency (SCA) report information (excluding the identity of the patient) to provincial quality of care coordinators in the Ministry of Health. An investigation is conducted on each critical incident. Following the investigation, RHAs and the SCA generate recommendations for improvement, which they are then responsible for implementing.
Quebec	The Quebec National Register of Incidents and Accidents (Système d’information sur la sécurité des soins et des services [SISSS]) has collected and reported on incidents and accidents since 2011. This may capture some never events.
Northwest Territories, Yukon and Nunavut	Not available at the time of publication.
Newfoundland and Labrador	The <i>Patient Safety Act</i> , which aims to reduce and mitigate preventable harm, received royal assent in March 2017 (Government of Newfoundland and Labrador 2017). Regional health authorities are required to report adverse health events to the minister of health. Regulations are currently being drafted, and reporting never events to the Minister of Health and Community Services is expected.
Prince Edward Island	The number of patient safety incidents causing serious harm or death is publicly reported (including some never events if they resulted in serious harm or death). All never events have been included in the provincial electronic incident reporting system and will be reported to the Health PEI Executive Leadership Team and Board as of April 1, 2018 (personal communication with CPSI).

The 15 never events identified in the HQO and CPSI 2015 report *Never Events for Hospital Care in Canada* were based on the following criteria: a serious, high-risk event, likely to recur if not addressed, that is easily identifiable and avoidable when appropriate mechanisms are in place. The contributors to the list reviewed literature from Canada, the US, the UK and other countries, as well as informal consultation with Institute for Safe Medication Practices Canada and Accreditation Canada (HQO and CPSI 2015). The action team also consulted with key organizational stakeholders on a draft list and asked respondents to identify the 10 events that should be the top priority. After further reviewing the list,

the action team publicly shared the list with healthcare stakeholders and the public through an online survey in English and French. The action team then reached a final list of 15 never events through consensus. True to the guiding principles established by the National Patient Safety Consortium, patient and family members were an integral part of the process, being full members of the action team.

Although the list in Box 1 does not account for all types of patient safety incidents that occur in Canadian healthcare settings, it provides an initial set of priorities that should be addressed to prevent some of the most significant harms that continue to occur in Canadian hospitals.

BOX 1.**List of never events**

1. Surgery on the wrong body part or the wrong patient, or conducting the wrong procedure.
2. Wrong tissue, biological implant or blood product given to a patient.
3. Unintended foreign object left in a patient following a procedure.
4. Patient death or serious harm arising from the use of improperly sterilized instruments or equipment provided by the healthcare facility.
5. Patient death or serious harm due to a failure to inquire whether a patient has a known allergy to medication, or due to administration of a medication where a patient's allergy had been identified.
6. Patient death or serious harm due to the administration of the wrong inhalation or insufflation gas.
7. Patient death or serious harm as a result of one of five pharmaceutical events. The following five pharmaceutical events represent errors that can result in serious consequences for patients:
 - Wrong-route administration of chemotherapy agents, such as vincristine administered intrathecally (injected into the spinal canal);
 - Intravenous administration of a concentrated potassium solution;
 - Inadvertent injection of epinephrine intended for topical use;
 - Overdose of hydromorphone by administration of a higher-concentration solution than intended (e.g., 10 times the dosage by drawing from a 10 mg/mL solution instead of a 1 mg/mL solution, or not accounting for needed dilution/dosage adjustment); and
 - Neuromuscular blockade without sedation, airway control and ventilation capability.
8. Patient death or serious harm as a result of failure to identify and treat metabolic disturbances.
9. Any stage III or stage IV pressure ulcer acquired after admission to hospital.
10. Patient death or serious harm due to uncontrolled movement of a ferromagnetic object in an MRI area.
11. Patient death or serious harm due to an accidental burn.
12. Patient under the highest level of observation leaves a secured facility or ward without the knowledge of staff.
13. Patient suicide, or attempted suicide that resulted in serious harm, in instances where suicide-prevention protocols were to be applied to patients under the highest level of observation.
14. Infant abducted, or discharged to the wrong person.
15. Patient death or serious harm as a result of transport of a frail patient, or patient with dementia, where protocols were not followed to ensure the patient was left in a safe environment.

Source: HQO and CPSI (2015).

Action on Never Events in Canadian Hospitals

Many resources are available to sites that are focusing efforts to reduce never events. For example, the Patient Safety and Incident Management Toolkit is designed to help healthcare organizations prevent patient safety incidents and minimize harm when incidents do occur (CPSI n.d.). The purpose of this toolkit is to provide an integrated set of practical strategies and resources related to patient safety and incident management. The toolkit was informed by key stakeholders via focus

groups and evidence from peer-reviewed journals and publicly available literature. Another resource is the Hospital Harm Project, a collaboration of CPSI and the Canadian Institute for Health Information (CIHI). The *Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals* report introduced a new measure that captures preventable harm in hospitals (CIHI and CPSI 2016). The measure captures 31 types of harm, and seven of these are comparable to never events. The Hospital Harm Improvement Resource also provides evidence-based resources to support patient safety efforts (CPSI 2018).

Global Patient Safety Alerts is a project of the CPSI with the support of the World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Alerts is a web-based resource featuring a comprehensive collection of patient safety alerts, advisories and recommendations for healthcare providers and organizations. It currently contains over 800 alerts and 2,600 recommendations specifically related to the 15 never events that can be leveraged for improvement. Currently, CPSI is working with global partners to review and analyze the alerts related to the 15 never events, consolidate the most impactful recommendations and include current best practices into a single, actionable guidance document for each never event, which stakeholders can use in their patient safety improvement efforts. The initial focus will be on the medication safety never events, in alignment with the WHO's third Global Patient Safety Challenge, Medication Without Harm, and will be released in the fall of 2019.

With data, tools and resources, facilities also need, most importantly, a patient safety culture where incidents are openly discussed and addressed. For example, at Niagara Health, which services 430,000 patients from 12 municipalities across six sites, a strategy is in place to discuss important topics. The organization was able to use this strategy to bring attention to never events. Should a never event happen, the critical incident process would be applied, which is already in place and involves a root cause analysis of the factors contributing to the incident, along with the development of recommendations to prevent future occurrences. Monthly reporting to the Executive Leadership Team and the Board Quality Committee are also a key part of this process. "We'd already done a lot of the leg work," said Zeau Ismail, manager of quality and patient safety at Niagara Health in speaking about the incident review process. "So, when the [never events] report came out we tied it to the work we were already doing. If we hadn't had the foundation we built, this process wouldn't have been so easy to implement" (CPSI 2017).

Going forward, hospitals and jurisdictions need to continue to capture data on never events so that an accurate identification of the number of occurrences is known. Focusing on never events in acute care is important; however, more must be learned in other healthcare settings as well, including primary care,

homecare and long-term care. With this knowledge and combined learning, healthcare leaders and providers alongside patients can work together to reduce or eliminate harm before it occurs. Sharing and learning between sites and provinces and territories are essential to reducing risk and improving patient safety across Canada.

Nicholas's surgery to repair his heart was successful overall, yet his family endured more grief and trauma as he was kept alive, hypothermic and ventilated in the intensive care unit and were unsure if he might have suffered brain damage in the days that followed. Carola was still absorbing all the shock of this the next day when a concerned hospital anesthetist allowed that Nicholas had "suffered quite the assault yesterday." Those words put everything into focus for her. She simply had to find out what had happened. No one had any explanation for why the serious, near-fatal burns had occurred during Nicholas's procedure.

Carola, who had worked in a clerical capacity in hospitals for 27 years, found that difficult to believe. A mother's intensive effort to understand what contributed to the event uncovered some answers and solutions that the health system, alone, had been unable to discover or to resolve. Her involvement in the investigations and relentless persistence to find out how such a terrible circumstance could be prevented resulted in practice changes in the hospital and across the province.

Today, Carola believes that had the "Never Events for Hospital Care in Canada" list been in place and reporting and prompt action been routinely accepted and expected, learning and improvements could have happened much more rapidly. Perhaps Nicholas's event would never have occurred.

A National Call to Action

As a country, we have not pursued agreement on a list of never events — until now. National consensus on never events is an important step in identifying situations where harm can occur and in sharing solutions to prevent them from happening. Often the occurrence of a never event is an indication of significant systems issues within an organization. Never events are not intended to reflect judgment or blame. This is a call to action to prevent their occurrence, which can only be achieved through a culture of patient safety and quality improvement, with patients and families as full participants.

Patient safety is a collective responsibility, achievable only through collaboration and drawing on the expertise of many

organizations and individuals, including patients and their families. Patient safety and quality indicators and information are being collected and even publicly reported on provincial government websites in Manitoba, Ontario, British Columbia, Nova Scotia and Saskatchewan. We now have a call to action with pan-Canadian consensus on 15 never events for hospital care; now we need better information to act on and a public commitment to action. A mechanism to learn and improve is to publicly report on these 15 never events so that healthcare providers, organizations, governments and the public can be aware of these occurrences and to analyze them systematically, monitor trends and/or gaps in practice and use and share the information gleaned to decrease the occurrence of these never events.

The Institute of Medicine (1999) called for public reporting almost two decades ago and specifically recommended mandatory reporting of serious events, such as the aviation practice of reporting catastrophic crashes to the authorities. Public reporting is a means of accountability and uncovering system-level issues; however, it requires the appropriate conditions within a hospital, a unit and a ward. A patient safety culture of transparency, accountability, learning and improvement, open communication with patients and their families and a just and trusting environment for leaders and providers is paramount. Learning from reporting harm is most beneficial when patients and providers are supported and comfortable sharing their lived experience.

In Canada, CPSI and provincial quality organizations such as HQO already promote and encourage reporting and learning from patient safety incidents. Voluntary public reporting of these most serious types of harm has not moved the mark: never events continue to occur in every jurisdiction across Canada. The provincial and territorial governments and departments of health are accountable for healthcare. As such, the onus is on governments to ensure that the delivery of healthcare is high quality, but, most importantly, that it is safe. Governments could be proactive and require hospitals to mandatorily report never events; this is within their policy authority and certainly within the best interest of patients and communities. Or we could wait for the next catastrophe, a system inquiry and media and public pressure for governments to react and take this top-down approach at enforcement. Neither is ideal, nor is turning a blind eye to the most serious types of harm that continue to occur across the country. We know what needs to be done to prevent never events. As guardians of our health systems, do we not have a moral and an ethical obligation to do the right thing? People across Canada will ultimately benefit from the audacious goal of governments, healthcare leaders and providers working together to realize healthcare systems where harm from never events is reduced to zero. **HQ**

Acknowledgements

We would like to thank HQO for its leadership and patients and families for their bravery through adversity. We would also like to specifically express gratitude to Carola Essery for allowing us to continue to learn from her experiences and to her son, Nicholas, whose crooked scar on his strong chest is the only visible reminder of the never event that he and his family so painfully endured.

References

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2019. Never Events. Retrieved July 11, 2019. <<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/never-events>>.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. n.d. Australian Sentinel Events List. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/australian-sentinel-events-list>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016, October. *Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals*. Ottawa, ON: CIHI. Retrieved July 11, 2019. <https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d. Patient Safety and Incident Management Toolkit. Retrieved August 6, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/pages/default.aspx>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018. Hospital Harm Improvement Resource. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Hospital-Harm-Measure/Improvement-Resources/Pages/default.aspx>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017. Niagara Health Focused on Raising Awareness of Never Events. Retrieved August 6, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/Pages/Niagara-Health-Focused-on-Raising-Awareness-of-Never-Events.aspx>>.
- Government of Newfoundland and Labrador. 2017. *Patient Safety Act*. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/p03-01.htm>>.
- Government of Prince Edward Island. 2018. Patient Safety Incidents. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pei/patient-safety-incidents>>.
- Government of Saskatchewan. n.d. Critical Incidents. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/critical-incidents#critical-incident-reporting>>.

Health Quality Ontario (HQO) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015. *Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients*. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>>.

Institute of Medicine. 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

NHS England. 2015. *Revised Never Events Policy and Framework*. London, UK: Author. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.england.nhs.uk/patientsafety/wp-content/uploads/sites/32/2015/04/never-events-pol-framwrk-apr2.pdf>>.

NHS Improvement. 2017, January. *Never Events Reported as Occurring between 1 April 2015 and 31 March 2016 – Final Update*. Retrieved July 11, 2019. <https://improvement.nhs.uk/documents/674/NE_data_report_1_April_2015_-_31_March_2016_FINAL_v2.pdf>.

NHS Improvement. 2018, January. *Never Events Policy and Framework*. London, UK: Author. Retrieved July 11, 2019. <https://improvement.nhs.uk/documents/2265/Revised_Never_Events_policy_and_framework_FINAL.pdf>.

Nova Scotia Health and Wellness. n.d. *Past Serious Reportable Events Reporting*. Retrieved July 11, 2019. <<http://novascotia.ca/dhw/hsq/documents/2013-2015-data.pdf>>.

Winnipeg Regional Health Authority. n.d. Patient Safety: What Is a Critical Incident? Winnipeg, MB: Author. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.wrha.mb.ca/quality/patientsafety/criticalincident/whatis.php>>.

About the Authors

Hina Laeeque, MSc, CHE, is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Barb Farlow, MBA, BEngSci, is a founding member of Patients for Patient Safety Canada.

Sandi Kossey, MHA, BScPT, CHE, is senior director, strategic partnerships & priorities, at the Canadian Patient Safety Institute.

Correspondence may be directed to: Hina Laeeque, 10025 – 102A Avenue, Suite 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; e-mail: hlaeeque@cpsi-icsp.ca; phone: 780-934-3688.

La sécurité des patients et les événements qui ne devraient jamais arriver : examen pancanadien

Hina Laeeque, Barb Farlow et Sandi Kossey

Résumé

En septembre 2015, l'organisme Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), de concert avec une équipe de travail réunissant des conseils de la qualité ainsi que des représentants des patients et leurs familles, ont dégagé un consensus et publié le rapport *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada* (HQO et CPSI 2015). Ce rapport est un appel à l'action pour les responsables de la santé afin d'éviter les événements indésirables. De nombreux établissements ont déjà collecté des données et centré leurs efforts sur la réduction des événements indésirables. Il faut maintenant aller plus loin et encourager la collaboration entre les divers établissements, provinces et territoires pour favoriser l'apprentissage mutuel et prévenir les préjudices subis par les patients. C'est le moment de concentrer les efforts afin que plus jamais des événements indésirables ne se produisent dans les hôpitaux.

On avait diagnostiqué, au fils de Carola, Nicholas, un problème cardiaque appelée le syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Il s'agit d'une anomalie du système électrique du cœur pouvant provoquer un pouls rapide et irrégulier. Il n'a eu aucun symptôme pendant des années, mais à 15 ans, à son école de Penticton, en Colombie-Britannique, il a connu un

épisode de palpitations cardiaques. Après que son état eût été stabilisé, on lui a donné un rendez-vous pour une chirurgie d'ablation cardiaque. Les gens qui souffrent de WPW ont, pour simplifier, un circuit électrique supplémentaire au cœur. Lors de l'ablation cardiaque, on introduit de minuscules cathéters à pointe métallique dans l'artère fémorale, de la jambe jusqu'au cœur. Durant l'intervention, qui dure de quatre à cinq heures, les médecins cartographient le réseau électrique du cœur, puis procèdent à l'ablation des circuits supplémentaires et anormaux qui provoquent le problème.

L'ablation cardiaque n'est pas sans risque, mais elle a pratiquement éliminé le recours à la chirurgie à cœur ouvert chez une grande majorité des patients souffrant de WPW. Tout semblait donc se dérouler comme prévu. Carola s'est absentée de la salle d'attente pendant un moment et lorsqu'elle y est revenue, on lui a dit que quelque chose venait de se produire : le cœur de son fils s'était arrêté. Il devait subir d'urgence une chirurgie à cœur ouvert.

Ce n'est que plus tard qu'elle a appris qu'avant l'ablation comme telle, une cardioversion (une décharge

électrique dans le cœur) avait causé un arc électrique anormal et imprévu dans la poitrine de Nicholas, provoquant trois brûlures à l'oreillette droite. Une des brûlures faisait 4 mm, ce qui était assez important pour détériorer l'état de Nicholas. Les médecins ont dû ouvrir d'urgence sa poitrine pour traiter la brûlure.

Cette brûlure accidentelle n'aurait jamais dû se produire. C'est là un exemple d'événement indésirable. Jusqu'à tout récemment, le Canada, un pays développé et respecté en matière de sécurité des patients, ne portait pas toute l'attention nécessaire aux préjudices évitables les plus graves qui ont lieu au pays. Cela est inacceptable.

Survol international des événements qui ne devraient jamais arriver

Le terme « never events » (événements qui ne devraient jamais arriver) a été utilisé pour la première fois en 2001 aux É.-U. par le président-directeur général de l'organisme National Quality Forum (NQF) pour mettre en lumière les incidents médicaux indésirables (Agency for Healthcare Research and Quality 2019). Depuis lors, le NQF a répertorié 29 événements indésirables regroupés selon les catégories suivantes : produits ou instruments chirurgicaux, protection des patients, gestion des soins, événements environnementaux, radiologiques et criminels. Depuis la diffusion par le NQF de cette liste, en 2002, 27 États américains ont adopté une législation relative à la déclaration des événements indésirables par les hôpitaux et 16 États imposent la divulgation des événements indésirables graves (y compris de nombreux événements identifiés par le NQF). Les établissements de santé sont responsables de rectifier les problèmes systémiques qui ont contribué à l'événement, et certains États imposent même l'exécution d'une analyse des causes fondamentales ainsi que la divulgation des résultats.

En Angleterre, le National Health Service (NHS) a mis à jour sa politique et son cadre relatifs aux événements indésirables, en 2015 (NHS England 2015) puis en 2018 (NHS Improvement 2018). Notamment, lors de la dernière mise à jour, on a supprimé la possibilité d'imposer des sanctions financières quand un tel événement survient. Par ailleurs, le NHS a chargé un groupe de travail de faire des recommandations sur la réduction des événements indésirables dans le domaine de la chirurgie. Le NHS publie également des rapports mensuels; ainsi, pour l'exercice 2015, 442 événements qui ne devraient jamais arriver ont été signalés (NHS Improvement 2017). Plusieurs autres pays font publiquement état des incidents graves en matière de sécurité des patients, tels que l'Australie (depuis 2002) et la Nouvelle-Zélande (depuis 2012). Des comparaisons internationales des dispositifs chirurgicaux retenus sont également effectuées grâce aux indicateurs de qualité des soins de santé de l'Organisation de coopération et de développement

économiques (OCDE) (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care s. d.).

Survol canadien des événements qui ne devraient jamais arriver

On parvient difficilement, au Canada, à atteindre un consensus sur la terminologie, la catégorisation ou le suivi des événements indésirables. Ces événements comprennent des incidents critiques et des incidents graves à signaler, tels que définis par certaines provinces. Par exemple, la législation manitobaine définit un incident critique comme « un événement involontaire qui se produit lorsque des services de santé sont fournis à un particulier et qui a, pour lui, des conséquences qui sont critiques et indésirables » (Winnipeg Regional Health Authority s. d.). Pour la Nouvelle-Écosse, un événement grave à signaler est « un événement néfaste pour la santé entraînant une invalidité grave ou le décès, y compris, sans toutefois s'y limiter, la perte réelle ou potentielle de vies, de membres ou de fonctions liée à la prestation d'un service de santé fournis par une autorité régionale de la santé ou par l'hôpital IWK » (Nova Scotia Health and Wellness s. d.). Le gouvernement de la Saskatchewan (s. d.) définit un incident critique comme « un événement indésirable grave pour la santé, y compris, sans toutefois s'y limiter, la perte réelle ou potentielle de vies, de membres ou de fonctions liée à un service de santé, ou un programme, fourni par un organisme de santé ».

De plus, le taux d'événements indésirables ou graves au Canada demeure inconnu. La Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) publient régulièrement des rapports sur des incidents graves liés à la sécurité des patients (lesquels incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver). Le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse a signalé 87 incidents graves survenus entre 2014 et 2015 dans des établissements provinciaux et 128 incidents graves en 2015–2016 (Nova Scotia Health and Wellness s. d.). En Saskatchewan, en 2015–2016, 249 incidents critiques ont été signalés au ministère de la Santé (Government of Saskatchewan s. d.). À l'Î.-P.-É., de juillet à septembre 2017, 20 incidents graves liés à la sécurité des patients ont été rapportés publiquement (Government of Prince Edward Island 2018). Ces ministères publient ces rapports afin de démontrer leur transparence et leur ouverture. Cependant, il n'existe actuellement pas de véritable estimation pancanadienne des événements qui ne devraient jamais arriver.

Bien que la plupart des provinces et des territoires ne publient pas de rapports sur les événements qui ne devraient jamais arriver, tous disposent de politiques, de procédures et de protocoles permettant d'identifier et de traiter ces événements lorsqu'ils se produisent. Le Tableau 1 présente l'état actuel de l'attention portée sur les événements indésirables, critiques ou sérieux selon la province ou le territoire.

TABLEAU 1.

État des événements indésirables, critiques ou sérieux en matière de sécurité des patients selon la province ou le territoire

Province/territoire	État des événements indésirables, critiques ou sérieux en matière de sécurité des patients
Alberta	Définis comme « des indicateurs de sécurité des patients graves et en grande partie évitables qui ne devraient pas se produire si les mesures préventives disponibles sont en place ». Les sources de données ne sont actuellement pas accessibles au public, mais des rapports sont prévus aux niveaux de la province et des zones sur une base annuelle et trimestrielle.
Colombie-Britannique	Chaque régie régionale de la santé a ses propres politiques en matière de rapports internes. Le système d'apprentissage et de sécurité des patients de la Colombie-Britannique (BCPSLS) est un outil web utilisé par les fournisseurs de services de santé de la Colombie-Britannique pour signaler les problèmes liés à la sécurité des patients, tels que les événements indésirables réels, les bonnes prises (quasi-accidents) et les dangers, et en tirer des enseignements. Actuellement, les administrateurs examinent l'alignement entre le BCPSLS et les 15 événements qui ne devraient jamais se produire afin d'évaluer la possibilité d'extraction automatique des données (correspondance personnelle avec l'auteure).
Manitoba	En cas d'incident critique, l'établissement de santé ou la régie régionale de la santé est tenu de signaler l'incident à Santé, Aînés et Vie active Manitoba, conformément à la législation provinciale, afin de comprendre la situation et de recommander des modifications pour éviter que de tels incidents ne se reproduisent. La divulgation de l'incident au patient ou à la famille est également obligatoire.
Nouvelle-Écosse	Les établissements de santé sont tenus, depuis 2013, de rendre compte publiquement des « événements graves à signaler », dont certains événements qui ne devraient jamais arriver.
Nouveau-Brunswick	Les cadres supérieurs responsables de la qualité, des risques et de la sécurité des patients des régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick sont en train d'élaborer une méthodologie permettant de rendre compte des événements qui ne devraient jamais arriver. Des protocoles et des processus seront établis et les résultats seront communiqués à l'interne aux employés et aux médecins. Ces mesures aideront à prévenir les incidents indésirables et à améliorer la culture de sécurité des patients (communication personnelle avec l'ICSP).
Ontario	Quinze hôpitaux ontariens collaborent pour mettre à l'essai un nouveau système de déclaration et d'apprentissage pour la province. Cela comprend le signalement des incidents critiques et des événements qui ne devraient jamais arriver. Le système prévoit également l'apprentissage collaboratif. Les exigences en matière de données ont été confirmées par le groupe de démonstration et la première présentation des données a eu lieu en janvier 2017.
Saskatchewan	Les établissements de santé sont tenus de rendre compte publiquement des « incidents critiques », qui incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver. Lorsqu'un patient subit un préjudice ou s'il existe un danger potentiel, les professionnels des autorités régionales de la santé (ARS) et de la Saskatchewan Cancer Agency (SCA) transmettent des informations (à l'exception de l'identité du patient) aux coordonnateurs de la qualité des soins du ministère de la Santé. Une enquête est menée sur chaque incident critique. À la suite de l'enquête, les ARS et le SCA émettent des recommandations d'amélioration qu'ils sont ensuite chargés de mettre en œuvre.
Québec	Le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) recueille les données et produit des rapports sur les incidents et accidents depuis 2011. Cela pourrait comprendre certains événements qui ne devrait jamais se produire.
Territoires-du-Nord-ouest, Yukon et Nunavut	Non disponible au moment de la publication.
Terre-Neuve-et-Labrador	La loi provinciale sur la sécurité des patients, qui vise à réduire et à atténuer les dommages évitables, a reçu la sanction royale en mars 2017 (Government of Newfoundland and Labrador 2017). Les autorités régionales de la santé sont tenues de signaler les événements indésirables au ministre de la Santé. Des règlements sont en cours d'élaboration et on prévoit de signaler les événements qui ne devraient jamais arriver au ministre de la Santé et des Services communautaires.
Île-du-Prince-Édouard	Le nombre d'incidents causant des blessures graves ou la mort chez des patients est publiquement rapporté (y compris certains événements qui ne devraient jamais arriver si ceux-ci ont entraîné des blessures graves ou un décès). Tous les événements qui ne devraient jamais arriver ont été inclus dans le système de déclaration d'incident électronique de la province et seront signalés à l'équipe de direction et au conseil d'administration de Santé Î.-P.-É. à compter du 1 ^{er} avril 2018 (communication personnelle avec l'ICSP).

En arriver à un consensus canadien au sujet des événements qui ne devraient jamais arriver

En 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO), a constitué une équipe de travail qui réunissait le Conseil britanno-colombien sur la sécurité des patients et la qualité, le

Conseil albertain de la qualité des soins, l'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba, la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique, le Comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients de Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que des représentants de Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par des patients).

Cette équipe avait comme mandat d'examiner, de commenter et de définir les événements qui ne devraient jamais arriver.

L'équipe de travail ainsi constituée a examiné les définitions utilisées au pays, ainsi que les définitions employées à l'étranger. Les événements qui ne devraient jamais arriver, tels que déterminés par ce groupe d'experts, se définissent comme 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 des contrôles et des vérifications appropriés (HQO et CPSI 2015). Voici quelques exemples d'événements qui ne devraient jamais arriver : une intervention chirurgicale au mauvais endroit ou sur le mauvais patient, l'oubli d'un corps étranger après une intervention ou un préjudice causé par des instruments mal stérilisés (voir le Box 1 pour la liste complète des événements qui ne devraient jamais arriver).

Les 15 événements identifiés dans le rapport *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada* (HQO et CPSI 2015) se fondent sur les critères suivants : un événement grave à risque élevé, susceptible de se reproduire s'il n'est pas traité, qui est facilement identifiable et évitable lorsque les mécanismes appropriés sont en place. Les auteurs de la liste ont examiné des documents publiés au Canada, aux É.-U., au R.-U. et dans d'autres pays, et ont procédé à des consultations officielles auprès de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et d'Agrément Canada (HQO et CPSI 2015). L'équipe de travail a également consulté les principaux intervenants d'organismes pour leur demander d'identifier, sur une liste préliminaire, les 10 événements qui selon eux devraient constituer la priorité absolue. Après examen approfondi, l'équipe de travail a partagé la liste avec les intervenants et le public au moyen d'un sondage en ligne, en anglais et en français. L'équipe a ensuite établi, par consensus, une liste finale de 15 événements qui ne devraient jamais arriver. Conformément aux principes directeurs établis par le Consortium national sur la sécurité des patients, les patients et membres de leur famille faisaient partie intégrante du processus, en tant que membres de l'équipe de travail.

Bien que la liste du Box 1 ne tienne pas compte de tous les types d'incidents liés à la sécurité des patients qui se produisent dans les établissements de santé au Canada, elle fournit un ensemble initial de priorités à prendre en compte pour prévenir certains des préjudices les plus importants qui ont lieu dans les hôpitaux canadiens.

Actions prises contre les événements qui ne devraient jamais se produire dans les hôpitaux canadiens

De nombreuses ressources sont disponibles pour les établissements qui centrent leurs efforts sur la réduction des événements qui ne devraient jamais se produire. Par exemple, la Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents a été conçue pour aider les organisations de santé à prévenir

les incidents liés à la sécurité des patients et à minimiser les dommages en cas d'incident (CPSI s. d.). Le but de cette trousse est de fournir un ensemble intégré de stratégies et de ressources pratiques liées à la sécurité des patients et à la gestion des incidents. Des groupes de discussion formés d'intervenants, en plus des données provenant de revues à comité de lecture et de publications, ont contribué à la conception de la

BOX 1.

Liste des événements qui ne devraient jamais arriver

1. Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention.
2. Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient.
3. Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale.
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.
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.
6. Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation.
7. Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques suivants. Ces événements 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 pour la dilution ou le dosage); et
 - 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.
9. Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital.
10. Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM.
11. Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles.
12. Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance.
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.
14. Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne.
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.

Source : HQO et CPSI (2015).

trousse. Une autre source d'information pour la trousse vient du projet sur les préjudices à l'hôpital, une collaboration entre l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le rapport *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens* présente une nouvelle mesure qui prend en compte les préjudices évitables dans les hôpitaux (CIHI et CPSI 2016). La mesure englobe 31 types de préjudices, dont sept sont comparables aux événements qui ne devraient jamais se produire. La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital fournit également des données probantes pour soutenir les efforts de sécurité des patients (CPSI 2018).

La ressource Alertes mondiales sur la sécurité des patients est un projet de l'ICSP avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette ressource en ligne présente un ensemble d'alertes, d'avis et de recommandations en matière de sécurité des patients à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des organisations. On y dénombre actuellement plus de 800 alertes et 2 600 recommandations portant précisément sur les 15 événements qui ne devraient jamais arriver. L'ICSP collabore présentement avec des partenaires mondiaux pour examiner et analyser les alertes liées aux 15 événements, consolider les recommandations les plus importantes et inclure les meilleures pratiques actuelles dans un document d'orientation unique et exploitable pour chaque événement, que les intervenants pourront utiliser. L'accent sera initialement mis sur les événements liés à la sécurité des médicaments, conformément au troisième défi mondial pour la sécurité des patients de l'OMS « Les médicaments sans les méfaits ». La publication du document est prévue pour l'automne 2019.

Pour accompagner ces données, outils et ressources, les établissements doivent également se doter d'une culture de la sécurité des patients dans laquelle les incidents sont abordés et traités ouvertement. Par exemple, une stratégie est en place pour discuter de sujets importants à Santé Niagara, qui est un organisme réparti sur six sites et qui traite 430 000 patients dans 12 municipalités. L'organisation a su utiliser cette stratégie pour attirer l'attention sur les événements qui ne devraient jamais arriver. Si un tel événement se produit, on met en branle le processus pour les incidents critiques. Ce processus est déjà en place et comprend une analyse des causes profondes des facteurs qui ont contribué à l'incident, ainsi que l'élaboration de recommandations visant à prévenir la répétition de l'événement. Des rapports mensuels présentés à l'équipe de direction et au comité du conseil de la qualité constituent un des éléments clés du processus. « Nous avons déjà entrepris plusieurs démarches », selon Zeau Ismail, responsable de la qualité et de la sécurité des patients chez Santé Niagara. « Ainsi, lorsque le rapport sur les événements qui ne devraient jamais arriver est sorti, nous l'avons intégré au travail que nous faisons déjà. Si nous n'avions pas eu les bases en place, le processus aurait été plus difficile à mettre en œuvre » (CPSI 2017).

À l'avenir, les hôpitaux et les autorités doivent continuer à collecter des données sur les événements qui ne devraient jamais arriver afin d'en connaître précisément le nombre. Il est important de se concentrer sur ces événements dans les soins de courte durée. Cependant, il faut en apprendre davantage sur les autres types d'établissements de santé, notamment les soins primaires, les soins à domicile et les soins de longue durée. Grâce à ces connaissances et à l'apprentissage, les responsables et les prestataires de soins de santé, de concert avec les patients, pourront collaborer pour réduire ou éliminer les préjudices avant qu'ils ne surviennent. Le partage et l'apprentissage entre les établissements, les provinces et les territoires sont essentiels pour réduire les risques et améliorer la sécurité des patients partout au Canada.

L'opération de Nicholas pour réparer son cœur a bien fonctionné, mais sa famille a enduré chagrin et traumatismes pendant les jours suivants alors qu'il était maintenu en vie, hypothermique et ventilé dans l'unité de soins intensifs sans savoir s'il y avait eu des lésions cérébrales. Carola était toujours sous le choc, le lendemain, quand un anesthésiste a admis que Nicholas avait « subi toute une agression ». Ces mots ont été révélateurs pour elle. Elle devait savoir ce qui s'était passé. Personne ne pouvait expliquer pourquoi il y avait eu ces brûlures graves, presque mortelles.

Carola, qui travaillait dans le milieu de la santé depuis 27 ans, trouvait cela difficile à croire. Les efforts d'une mère pour comprendre ce qui était arrivé ont permis de trouver des réponses et des solutions que le système de santé, à lui seul, n'avait pas été en mesure de découvrir. Son implication dans les enquêtes et sa persévérance à chercher comment éviter une telle situation ont entraîné une modification de la pratique à l'hôpital et dans toute la province.

Aujourd'hui, Carola pense que si la liste « des événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada » avait été mise en place, si les rapports et les mesures rapides avaient été prévus de manière routinière, l'apprentissage et les améliorations auraient pu être réalisés beaucoup plus rapidement. L'événement indésirable ayant touché Nicholas n'aurait peut-être jamais eu lieu.

Mobilisation nationale

En tant que pays, nous n'avons pas cherché, jusqu'à présent, à nous mettre d'accord sur une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver dans le contexte des services de santé. Un consensus national sur de tels événements est une

étape importante pour l'identification des situations propices aux préjudices et pour le partage des solutions d'évitement. L'occurrence d'un événement indésirable est souvent l'indice d'un problème systémique au sein d'une organisation. Il ne s'agit pas de juger ou de blâmer quiconque. Il s'agit d'un appel à l'action pour prévenir la survenue de tels événements, ce qui ne peut être réalisé qu'avec une culture propice à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité de même qu'avec la participation des patients et leurs familles.

La sécurité des patients est une responsabilité collective, réalisable uniquement grâce à la collaboration et à l'expertise de nombreuses organisations et personnes, y compris les patients et familles. Des indicateurs et des informations sur la qualité et la sécurité des patients sont colligés et même publiés sur les sites web des gouvernements provinciaux au Manitoba, en Ontario, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan. Nous sommes appelés à agir par le consensus pancanadien sur les 15 événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers; il nous faut maintenant de meilleures informations et un engagement public. La publication de rapports sur ces 15 événements serait en effet un bon mécanisme d'apprentissage et d'amélioration pour que les prestataires de soins, les organisations, les gouvernements et le public soient informés et puissent analyser systématiquement les événements indésirables, surveiller les tendances ou les écarts dans la pratique et partager l'information afin de réduire l'occurrence de ces événements.

L'Institute of Medicine (1999) a appelé à la divulgation publique il y a près de 20 ans et a spécifiquement recommandé la déclaration obligatoire des événements graves, d'une façon analogue à la pratique de l'aviation qui consiste à signaler tout accident catastrophique aux autorités. Les rapports publics sont un moyen de responsabilisation et de découverte des problèmes au niveau du système; cependant, cela nécessite les conditions appropriées dans un hôpital, une unité ou un service. Une culture de la sécurité des patients axée sur la transparence, la responsabilité, l'apprentissage et l'amélioration, une communication ouverte avec les patients et leurs familles ainsi qu'un environnement juste et confiant pour les dirigeants et les fournisseurs sont primordiales. Quand les patients et les prestataires de soins reçoivent du soutien et se sentent en confiance pour témoigner de leur expérience vécue, le signalement des préjudices et l'apprentissage qui en découle sont des plus bénéfiques.

Au Canada, l'ICSP et les organismes de contrôle de la qualité provinciaux tels que QSSO favorisent et encouragent déjà le signalement d'incidents liés à la sécurité des patients. La déclaration publique volontaire des préjudices les plus graves n'a

pas changé la donne : des événements qui ne devraient jamais arriver ont encore lieu dans toutes les provinces et territoires du Canada. Les gouvernements et les ministères de la Santé sont responsables des services de santé. À ce titre, il incombe aux gouvernements de veiller à ce que la prestation des soins de santé soit de grande qualité, mais surtout, sans danger. Les gouvernements pourraient être proactifs et obliger les hôpitaux à signaler tout événement qui ne devrait jamais arriver; cela relève de leur compétence et est certainement du meilleur intérêt pour les patients et les communautés. Ou nous pouvons attendre la prochaine catastrophe, l'enquête et la pression des médias et du public pour que les gouvernements réagissent et adoptent cette approche. Aucune de ces situations n'est idéale, pas plus qu'il est utile de fermer les yeux devant les préjudices les plus sérieux qui continuent d'avoir lieu au pays. Nous savons ce qu'il faut faire pour éviter les événements qui ne devraient jamais arriver. En tant que gardiens des systèmes de santé, n'avons-nous pas une obligation morale et éthique de faire ce qui est juste? Partout au Canada, les citoyens bénéficieront de cet ambitieux objectif : les responsables et les prestataires des services de santé collaboreront pour mettre en place des systèmes de santé où les préjudices causés par des événements qui ne devraient jamais arriver seront réduits à néant. **HQ**

Remerciements

Nous aimerions remercier QSSO pour son leadership ainsi que les patients et leurs familles pour leur courage face à l'adversité. Nous souhaitons également exprimer notre gratitude à Carola Essery pour nous avoir permis de continuer à tirer les leçons de ses expériences et à son fils, Nicholas, dont la cicatrice tordue sur sa poitrine forte est le seul rappel visible de l'événement indésirable que lui et sa famille ont douloureusement enduré.

Références

Veillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 51).

À propos des auteures

Hina Laeeque, M.Sc., CHE, est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Barb Farlow, MBA, B. Ing., est membre fondateur de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Sandi Kossey, M.Sc. (administration de la santé), B.Sc. (physiothérapie), CHE, est directrice principale, Partenariats stratégiques et Mesures prioritaires, à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Adresse pour correspondance : Hina Laeeque, 10025 – 102A Avenue, bureau 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; courriel : hlaeeque@cpsi-icsp.ca; téléphone : 780-934-3688.