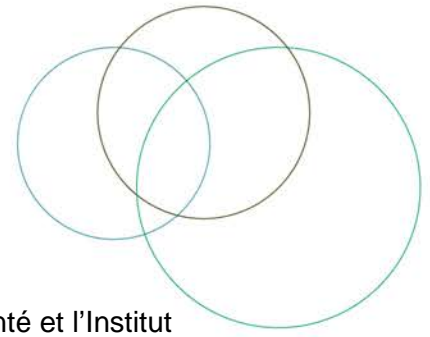




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR  
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

# Lacération ou perforation



## REMERCIEMENTS



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

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



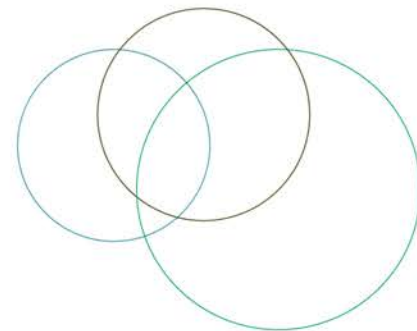


## CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDCP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

### D21: Lacération ou perforation

<b>Concept</b>	Coupure, piqûre ou perforation involontaire ou accidentelle au cours d'une intervention médicale ou chirurgicale.
<b>Critères de sélection</b>	
T81.2	Code inscrit comme diagnostic de type (2)
<b>Codes</b>	<b>Description des codes</b>
T81.2	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une intervention, non classées ailleurs





## SURVOL ET IMPLICATIONS

### Lacération/Perforation

Les interventions chirurgicales et les autres interventions effractives comportent des risques de complication et de mortalité (Magee et coll., 2018). Des coupures, des ponctions ou des perforations accidentelles ou involontaires peuvent survenir lors d'interventions chirurgicales ou médicales. Une revue décennale des cas médico-légaux au Canada entre 2004 et 2013 a révélé que les incidents de **lacération**, de **perforation**, d'hémorragie et de brûlure représentaient 66 % des incidents chirurgicaux déclarés à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et 44 % de ceux déclarés à la Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) (ACPM et HIROC, 2016). Une revue des événements à haut niveau de préjudice déclarés au Pennsylvania Patient Safety Reporting System (PA-PSRS) comme une complication à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'une intervention effractive a révélé que plus du tiers des cas (n = 34/101) présentaient des perforations, des lacérations ou des déchirures (Magee et coll., 2018). Une revue d'un échantillon de rapports soumis au PA-PSRS portant sur des lacérations ou des perforations involontaires survenues au cours d'une intervention chirurgicale a révélé que 78 % d'entre eux décrivaient des lésions au côlon (pour la plupart lors d'une coloscopie), à la vessie (principalement lors d'une hystérectomie) ou à l'utérus (surtout lors d'une hystéroscopie).

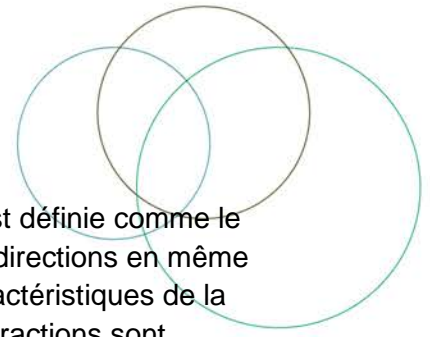
Une recherche des alertes de sécurité des patients accessibles au public a révélé les exemples suivants de lacérations et de perforations accidentelles :

- lacération de la vessie lors d'une césarienne (Wallace, 2016);
- lacération de la rate lors d'une coloscopie qui a nécessité une splénectomie émergente (Magee et coll., 2018);
- lacération de l'artère pulmonaire lors d'une lobectomie assistée par robot (Dubeck, 2014);
- blessure au cœur et à l'estomac lors de la pose d'un drain thoracique (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2007);
- déchirure de l'oreillette d'un enfant lors du retrait postopératoire d'une sonde de stimulation auriculaire (McClurken, 2006);
- la perforation de l'estomac suivie de la décompression à l'aiguille ont entraîné une lacération du foie lors d'une endoscopie (Manitoba Health, Healthy Living and Seniors ou MHLS, 2017);
- perforation rectale liée à l'utilisation d'un lavement à la glycérine (Japan Council for Quality Health Care, 2007).

### Causes potentielles de lacération ou de perforation accidentelle

Une recherche dans les systèmes d'alerte et les rapports sur la sécurité des patients a révélé plusieurs causes possibles de lacération ou de perforation accidentelle au cours d'une intervention médicale ou chirurgicale. Les voici :





### **Distractions**

Les distractions sont une menace à la sécurité des patients. La distraction est définie comme le fait de détourner son attention « vers un objet différent ou dans de multiples directions en même temps ». Les répercussions d'une distraction dépendent notamment des caractéristiques de la tâche principale, de la nature de la distraction et de l'environnement. Les distractions sont inévitables dans le système des soins de santé en raison de la nécessité d'une communication et d'une coordination constantes. Les distractions dues à des interruptions intentionnelles et au partage d'importantes informations peuvent améliorer les soins en recentrant l'attention de façon appropriée sur la détection des problèmes, la collaboration et la communication. Cependant, les distractions dues à des interruptions non intentionnelles ou à des défaillances opérationnelles qui nuisent à l'exécution de la tâche et contribuent à l'apparition d'erreurs sont préoccupantes, car elles mettent en danger la sécurité des patients.

Les distractions sont particulièrement préjudiciables au bon accomplissement des tâches complexes requérant un traitement cognitif considérable. Ces tâches sont courantes en salle d'opération en raison de la nature complexe de chaque facteur du système de travail : l'environnement physique; le travail d'équipe et la communication; les outils et la technologie; les tâches et la charge de travail; enfin, les processus organisationnels. Même des distractions mineures survenant dans la salle d'opération peuvent déclencher une cascade d'événements préjudiciables aux patients. La mobilisation des chirurgiens et des équipes multidisciplinaires s'impose si l'on veut résoudre le problème des distractions en salle d'opération (Feil, 2014).

### **Équipement**

L'équipement médical fait partie intégrante de la prestation de soins de qualité aux patients. L'équipement comprend autant l'éclairage que les dispositifs médicaux et les instruments chirurgicaux à la fine pointe de la technologie. Un dysfonctionnement ou la défaillance de l'équipement médical, certes difficile à prévoir ou à prévenir, accroît le risque d'incidents.

L'ACPM a révisé les cas médico-légaux causés par des problèmes d'équipement et a identifié trois problèmes prédominants :

1. les dysfonctionnements et les défaillances de l'équipement;
2. un usage fautif, inapproprié ou non approuvé de l'équipement pendant une intervention ou pendant l'administration de médicaments par un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
3. les lacunes dans la formation et la supervision du personnel appelé à utiliser de nouveaux équipements.

Les préjudices aux patients causés par l'équipement étaient une thématique récurrente. Les brûlures, les **lacérations** et les **perforations** constituaient les lésions les plus fréquentes.

Voici quelques exemples de défaillance de l'équipement pendant une intervention :

1. un bris d'instruments chirurgicaux (p. ex., aiguilles, lames de bistouri);
2. un équipement dysfonctionnel ou un bris d'équipement (p. ex., une agrafeuse qui connaît des ratés);



3. un équipement défectueux (p. ex., rupture d'un cathéter à ballonnet);
4. le détachement d'une pièce de l'équipement (p. ex., sonde à panier pour les lithiases urétérales);

(ACPM, 2012)

### **Cathéter veineux central**

Les cathéters centraux sont largement et efficacement utilisés en médecine clinique. En procédant à la canulation de veines d'importance, les médecins peuvent mieux prendre en charge le traitement et surveiller l'état des patients, hospitalisés ou ambulatoires. La pose de ces cathéters en toute sécurité est une habileté partagée par de nombreuses spécialités médicales qui doit être maîtrisée par les stagiaires. Des complications telles qu'une **lacération** des vaisseaux sanguins, un pneumothorax, une lésion neurologique, une **perforation auriculaire**, un hématome rétropéritonéal, une thrombose veineuse et une infection sont rares. Toutefois, elles peuvent avoir de graves répercussions sur les patients (CMPA, 2011).

### **Lacérations fœtales à la suite d'une césarienne**

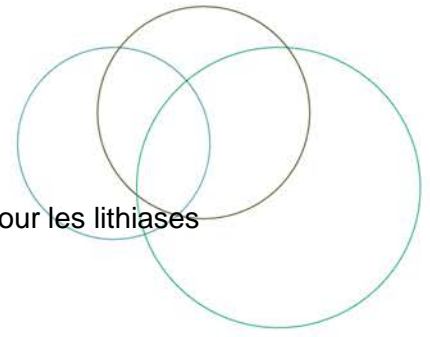
The Pennsylvania Health Authority a fait état de lacérations fœtales associées à des césariennes. La plupart des lacérations étaient superficielles, mais certaines ont nécessité des sutures et une intervention de chirurgie plastique, ou les deux. Voici énumérés les facteurs de risque pour ces incidents de sécurité des patients : une rupture des membranes avant la césarienne, une incision utérine transversale basse, un travail actif, une césarienne urgente, l'inexpérience du chirurgien (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2004a).

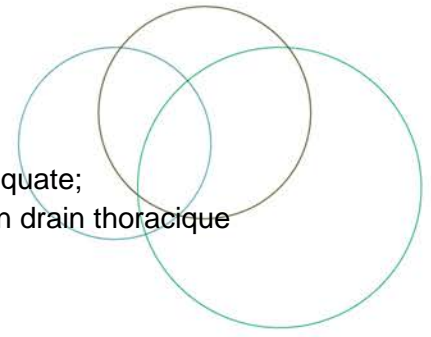
### **Lacérations dues à des blessures causées par des ciseaux**

Des lacérations sont survenues lors de la prestation de soins liées à l'utilisation de ciseaux. Ces lésions comprenaient des entailles superficielles, mais aussi des lacérations nécessitant des bandes de rapprochement adhésives ou des points de suture. Une analyse des circonstances entourant l'apparition de ces blessures a permis de relever certaines situations. La difficulté à retirer les bandes adhésives (lors d'un changement de perfusion ou de pansement) a été documentée dans 38 % des cas rapportés, tandis que le retrait des anneaux d'identification des patients était en cause dans 31 % des cas. D'autres situations ont été rapportées : le retrait d'un pansement; le manque de visibilité de la région où utiliser les ciseaux; l'emploi de ciseaux alors qu'un autre instrument plus sécuritaire aurait pu être utilisé (p. ex., l'utilisation non appropriée de ciseaux pour couper l'excédent de poils d'une région du corps) (Pennsylvania Patient Safety Advisory, 2004b).

### **Perforation lors de l'insertion d'un drain thoracique**

L'insertion d'un drain thoracique s'avère nécessaire pour retirer l'air, le sang, le pus ou des fluides de la cavité pleurale. C'est une indication notamment pour les patients ayant un poumon affaissé, des tumeurs malignes, un traumatisme thoracique ou qui viennent de subir une intervention chirurgicale. L'insertion incorrecte d'un drain thoracique peut perforer des organes importants, comme le cœur, les poumons, le foie et la rate, et causer des préjudices au patient. Voici les thèmes communs qui ressortent d'une revue d'incidents : supervision des médecins en formation et degré d'expérience des cliniciens responsables de l'insertion des drains thoraciques; non-respect des instructions du fabricant; choix inapproprié du site d'insertion du drain, mauvais positionnement; utilisation incorrecte des dilateurs; anomalies anatomiques et état clinique du





patient; imagerie précédant l'intervention ou suivant l'insertion du drain inadéquate; méconnaissance des directives cliniques existantes relatives à l'insertion d'un drain thoracique (National Patient Safety Agency ou NPSA, 2008).

## OBJECTIF

Réduire l'incidence des lacérations et des perforations accidentelles.

## IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Les perforations ou lacérations accidentelles lors d'interventions chirurgicales ou médicales peuvent provoquer des blessures ou des décès. Grâce à des interventions judicieuses et à un système de déclaration et d'apprentissage approprié, de tels incidents peuvent être réduits ou évités. Une communication efficace avec les patients et leurs familles, y compris des discussions sur la divulgation des incidents lorsqu'ils surviennent, est la clé de voûte des efforts d'amélioration de la sécurité des soins chirurgicaux (Lefebvre et coll., 2018).

### Récit de patients

#### **Felecia Gerardi, No one would listen!! (« Personne ne voulait écouter! »)**

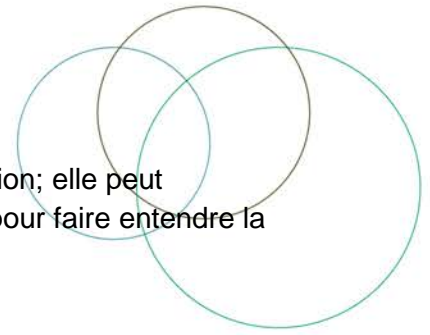
Connecticut Center for Patient Safety

« ... à la suite d'une hystérectomie laparoscopique de routine, j'ai su qu'il y avait un problème. Une odeur vraiment dégoûtante émanait de mon corps. Aucun test n'a été prescrit. On m'a installé un cathéter trois jours après l'intervention initiale. D<sup>re</sup> McDonnell, la chirurgienne qui m'a opérée, savait que j'étais toujours à l'hôpital, mais n'est venue me voir que le mardi. Elle a consulté un urologue qui a découvert que j'avais une rupture de l'uretère droit. On m'a emmenée au bloc opératoire. Là, l'urologue a découvert des poches de pus dans mon abdomen. Comme il ne pouvait pas intervenir à ce moment-là, il a installé un drain dans mon rein droit pour évacuer l'urine.

Mon état empirait de plus en plus. Je ne cessais de me demander pourquoi j'avais encore des pertes et pourquoi elles étaient de couleur verte. Pouvait-il s'agir d'une fuite intestinale? Mon médecin et d'autres personnes qui se sont penchés sur mon cas m'ont traitée comme si j'étais folle. Puis, huit ou neuf jours plus tard, quand j'ai essayé de manger, j'ai évacué quelque chose de vert et grumeleux. J'ai insisté pour passer des tests; à mes yeux, cela ressemblait à des excréments. C'est seulement à ce moment-là qu'ils ont fait des tests. J'avais raison! J'avais deux trous dans l'intestin grêle.

Je luttais pour ma vie. Ce qui devait être une intervention chirurgicale d'un jour s'est transformée en une hospitalisation de 30 jours, le port de sondes et de sacs pendant cinq mois et plusieurs autres interventions chirurgicales de réparation toutes nécessaires. J'ai toujours des douleurs chroniques à cause d'un gros morceau de mailles chirurgicales qu'il a fallu mettre dans mon abdomen à cause d'une hernie chirurgicale. J'ai très peur de me retrouver à nouveau à l'hôpital. D'ailleurs, j'ai dû être hospitalisée en raison d'une obstruction intestinale. Elle a été causée par le





tissu cicatriciel qui s'est formé à la suite de toutes mes opérations de réparation; elle peut survenir à nouveau. Cette expérience m'a donné la détermination d'œuvrer pour faire entendre la voix des patients! (Connecticut Center for Patient Safety, s. d.)

## REVUES CLINIQUES ET SYSTÉMIQUES, ANALYSE DES INCIDENTS

Étant donné les nombreuses causes potentielles d'infection dues à la lacération/perforation, des examens cliniques et systématiques devraient être effectués pour identifier les causes potentielles et formuler des recommandations appropriées.

La survenue de préjudices est souvent complexe, avec de nombreux facteurs contributifs.

Les établissements doivent :

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

Pour acquérir une meilleure compréhension des soins prodigués aux patients, l'étude de dossiers, l'analyse des incidents ainsi que les analyses prospectives peuvent être fort utiles pour reconnaître et saisir les opportunités d'améliorer la qualité. Vous trouverez des liens vers les principales ressources permettant de [réaliser des vérifications de dossiers](#) ainsi que des [méthodes d'analyse](#) dans [l'Introduction de la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital](#).

Si votre analyse révèle que les cas de lacération sont liés à des processus spécifiques ou à des interventions particulières, les ressources ci-dessous pourraient vous être utiles (en anglais pour la majorité) :

- **Agency for Healthcare Research and Quality** – <https://www.ahrq.gov/>
  - Toolkit for Using the AHRQ Quality Indicators How To Improve Hospital Quality and Safety Selected Best Practices and Suggestions for Improvement PSI 15: Accidental Puncture or Laceration  
[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/qito/olkit/combined/d4l\\_combo\\_psi15-accidentalpuncturelaceration-bestpractices.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/qito/olkit/combined/d4l_combo_psi15-accidentalpuncturelaceration-bestpractices.pdf)
- **Association of periOperative Nurses (AORN)** – [www.aorn.org](http://www.aorn.org)
  - Can You Hear Me? 3 Reminders to Reduce OR Distractions. (2019). Disponible : <https://www.aorn.org/about-aorn/aorn-newsroom/periop-today-newsletter/2019/2019-articles/reduce-or-distractions>
  - AORN Position Statement on Managing Distractions and Noise During Perioperative Patient Care (2020).

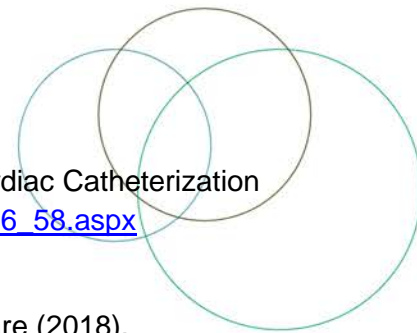






- <https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat-safety-distractions-and-noise.pdf>
- AORN Position Statement on Patient Safety (2017). [https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat\\_pt\\_safety.pdf](https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat_pt_safety.pdf)
  - **Association canadienne de protection médicale** — <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/home>
    - Réduire les risques liés à l'utilisation d'équipement médical. 2012. Disponible : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2012/working-with-medical-equipment-reducing-the-risks>
    - Gérer les risques médico-légaux de l'insertion d'un cathéter veineux central. 2011. Disponible : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2011/managing-the-medico-legal-risks-of-placing-a-central-line>
  - **Institut canadien pour la sécurité des patients** - [www.securitedespateurs.ca](http://www.securitedespateurs.ca)
    - Liste de contrôle de sécurité chirurgicale <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/topic/pages/surgical-safety-checklist.aspx>
    - Sécurité des soins chirurgicaux au Canada : examen sur 10 ans des dossiers médico-légaux de l'ACPM et de l'HIROC (2016). Disponible : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Surgical-Safety-in-Canada/Documents/Surgical%20Safety%20in%20Canada%20-%20Detailed%20Analysis%20Report%20FR.pdf>
  - **National Health Services** – <https://naturalhealthservices.ca/>
    - Chest drains: risks associated with the insertion of chest drains (2008). Archivé en 2010. Disponible : <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100312170233/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/search-by-audience/hospital-nurse/?entryid45=59887&p=1&char=ShowAll>
  - **NICE (National Institute for Health and Care Excellence)** – <https://www.nice.org.uk/>
    - NICE interventional procedures guidance – <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-interventional-procedures-guidance>
    - Guidance on the use of ultrasound locating devices for placing central venous catheters (publié en 2002; révisé en 2016) <https://www.nice.org.uk/guidance/ta49>
  - **Pennsylvania Patient Safety Authority** – <http://patientsafety.pa.gov/>
    - Snip-It Safety 2004). Disponible : [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412\\_04.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412_04.aspx)
    - Robotic-Assisted Surgery: Focus on Training and Credentialing. 2014. [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201409\\_93.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201409_93.aspx)
    - Distractions in the Operating Room. 2014. Disponible : [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201406\\_45.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201406_45.aspx)
    - Fetal Lacerations Associated with Cesarean Section. 2004. Disponible : [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412\\_09.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412_09.aspx)





- Strategies to Minimize Vascular Complications following a Cardiac Catheterization (2007). [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200706\\_58.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200706_58.aspx)
- **The American College of Surgeons (ACS)** – <https://www.facs.org/>
  - Statement on Patient Safety in the Operating Room: Team Care (2018). Disponible : <https://www.facs.org/about-acs/statements/113-patient-safety>
  - Statement on Distractions in the Operating Room (2016). Disponible : <https://www.facs.org/about-acs/statements/89-distractions>
  - Statement on Documentation and Reporting of Accidental Punctures and Lacerations During Surgery (2016). Disponible : <https://www.facs.org/about-acs/statements/90-accidental-punctures>
  - Revised Statement on Recommendations for Use of Real-Time Ultrasound Guidance for Placement of Central Venous Catheters (2011). Disponible : <https://www.facs.org/about-acs/statements/60-real-time-ultrasound>
  - Revised Statement on Sharps Safety (2016). Disponible : <https://www.facs.org/about-acs/statements/94-sharps-safety>
- **The New England Journal of Medicine – vidéos en médecine clinique** <https://www.nejm.org/multimedia/medical-videos>
  - Chest-Tube Insertion (2007). Disponible : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm071974>
  - Central Venous Catheter Insertion:
    - Ultrasound-Guided Internal Jugular Vein Cannulation (2010). Disponible : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0810156#figure=preview.jpg>
    - Placement of a Femoral Venous Catheter (2008). Disponible : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0801006>
    - Central Venous Catheterization — Subclavian Vein (2007). Disponible : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm074357>
    - Ultrasound-Guided Cannulation of the Subclavian Vein (2018). Disponible : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1406114>

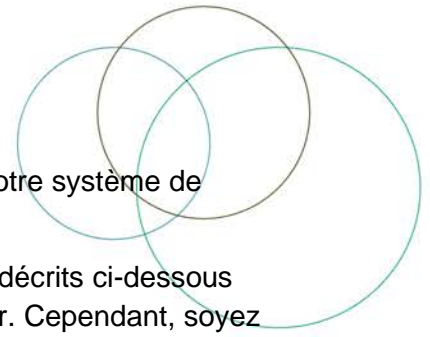
## INDICATEURS

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

En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque cela est possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.





- Essayez d'inclure les indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscients que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouvera pertinents et passionnants (IHI, 2012).

## ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les [Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offre l'accès et la possibilité de tirer des leçons d'autres établissements sur des incidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.

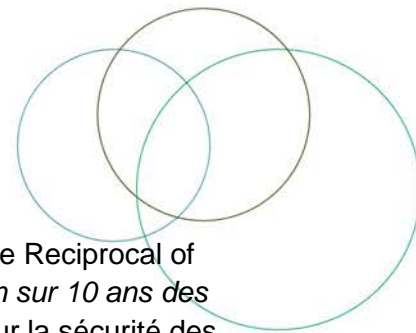
### Termes de recherche recommandés :

- [Lacération](#)
- [Perforation](#)

## HISTOIRES DE RÉUSSITE

Nous sommes à la recherche d'histoires de réussite qui font état d'une amélioration des pratiques en matière de prévention de lacération ou perforation. Si vous en connaissez une, veuillez la communiquer par courriel à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) à [info@cpsi-icsp.ca](mailto:info@cpsi-icsp.ca)

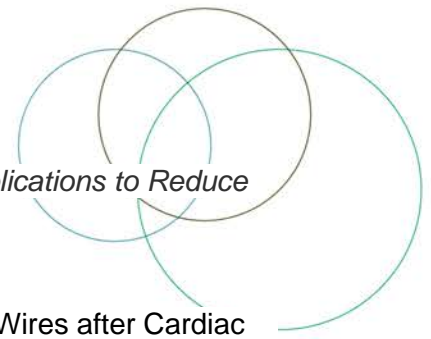




## RÉFÉRENCES

- Association canadienne de protection médicale (ACPM) Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). *Sécurité des soins chirurgicaux au Canada : examen sur 10 ans des dossiers médico-légaux de l'ACPM et de l'HIROC*. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2016. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Surgical-Safety-in-Canada/Documents/Surgical%20Safety%20in%20Canada%20-%20Detailed%20Analysis%20Report%20FR.pdf>
- Association canadienne de protection médicale (ACPM). Gérer les risques médico-légaux de l'insertion d'un cathéter veineux central. ACMP. Publié en 2011. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2011/managing-the-medico-legal-risks-of-placing-a-central-line>
- Association canadienne de protection médicale (ACPM). Réduire les risques liés à l'utilisation d'équipement médical. ACMP. Publié en 2012. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2012/working-with-medical-equipment-reducing-the-risks>
- Connecticut Center for Patient Safety. *Felecia Gerardi, No one would listen!! (« Personne ne voulait écouter! »)* Connecticut Center for Patient Safety. s. d. <http://www.ctcps.org/f-gerardi.cfm>
- Dubeck D. Robotic-Assisted Surgery: Focus on Training and Credentialing. *Pa Patient Saf Advis*. 2014;11(3):93-101. [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201409\\_93.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201409_93.aspx)
- Feil M. Distractions in the Operating Room. *Pa Patient Saf Advis*. 2014;11(2):45-52. [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201406\\_45.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201406_45.aspx)
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications*. IHI; 2012. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>
- Japan Council for Quality Health Care. Rectal perforation associated with glycerin enema. *Medical Safety Information*. 2007;3. [http://www.med-safe.jp/pdf/No.03\\_MedicalSafetyInformation.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/No.03_MedicalSafetyInformation.pdf)
- Lefebvre G, Devenny K, Héroux D, Bowman C, Mimeault R, Calder L. Intra-operative injuries during abdominopelvic surgery: An analysis of national medico-legal data. Document présenté lors de la conférence : Canadian Surgery Forum 2018; 13 septembre 2018; St. John's (T.-N.-L.). <http://canisurg.ca/wp-content/uploads/2018/11/61-4-S94.pdf>
- Magee MC, Finley E, Liberatore K. Are you ready to respond? Are You Ready to Respond? Reports of High Harm Complications after Surgery and Invasive Procedures. *Pa Patient Saf Advis*. 2018;15(4). [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201812\\_HighHarm.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201812_HighHarm.aspx)





Manitoba Health, Healthy Living & Seniors (MHLS). *Post Endoscopy Complications to Reduce Gastric Volvulus*. MHLS; 2017.

<https://www.gov.mb.ca/health/patientsafety/docs/psla40.pdf>

McClurken JB. Minimizing Complications from Temporary Epicardial Pacing Wires after Cardiac Surgery. *Pa PSRS Patient Saf Advis*. 2006;3(1):8-12.

[http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200603\\_08.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200603_08.aspx)

National Patient Safety Agency (NPSA). *Chest drains: Risks associated with the insertion of a chest tube*. National Health Service; 2008.

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100312170233/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/research/sources/search-by-audience/hospital-nurse/?entryid45=59887&p=1&char>ShowAll>

Pennsylvania Patient Safety Authority. Fetal Lacerations Associated with Cesarean Section. *Pa PSRS Patient Saf Advis*. 2004a;1(4):9-10.

[http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412\\_09.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412_09.aspx)

Pennsylvania Patient Safety Authority. Preventing Adverse Events Related to Chest Tube Insertion. *Pa PSRS Patient Saf Advis*. 2007;4(3):99.

[http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200709\\_99.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200709_99.aspx)

Pennsylvania Patient Safety Authority. Snip-It Safety. *Pa PSRS Patient Saf Advis*. 2004b;1(4):4-

5. [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412\\_04.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200412_04.aspx)

Wallace SC. Data Snapshot: Maternal Serious Events. *Pennsylvania Patient Safety Authority*.

2016;13(4):163-165. [http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201612\\_163.aspx](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201612_163.aspx)

