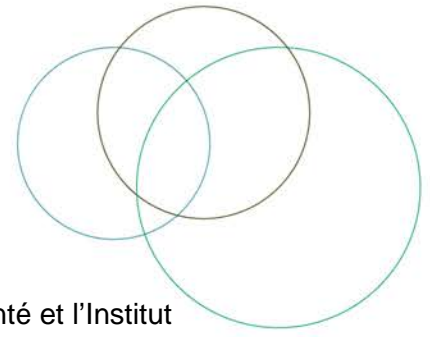




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES
PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



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 fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients reconnaît et remercie les D^r Giuseppe Papia, (Sunnybrook Hospital); D^{re} Trina Montemurro (St. Joseph's Hospital); et Joanna Noble (HIROC) pour la révision et l'approbation de cette ressource d'amélioration.

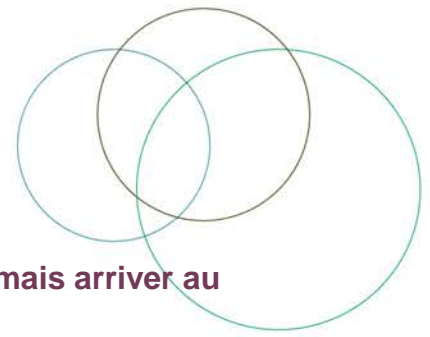




CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

D26 : Accidents graves sélectionnés		
Concept	Asepsie insuffisante, lâchage de la suture ou de la ligature, malposition de la canule endotrachéale au cours d'une intubation ou exécution d'une intervention chirurgicale non appropriée causant un préjudice au patient.	
Remarques	Ce groupe clinique englobe les incidents graves touchant la sécurité des patients qui sont pour la plupart évitables et qui ne devraient pas se produire	
Critères de sélection	Y62.0 Y62.1 Y62.2 Y62.3 Y62.4 Y62.5 Y62.6 Y64.– Y65.2 Y65.3 Y65.5	Code inscrit comme diagnostic de type 9 ET au moins un autre diagnostic de type 2 avec le même indicateur de série
Codes	Description des codes	
Y62.0	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale	
Y62.1	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une perfusion ou transfusion	
Y62.2	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une dialyse rénale ou autre perfusion	
Y62.3	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une injection ou vaccination	
Y62.4	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une endoscopie	
Y62.5	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'un cathétérisme cardiaque	
Y62.6	Asepsie insuffisante au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une aspiration, d'une ponction et d'un autre cathétérisme	
Y64.–	Substances médicales ou biologiques contaminées	
Y65.2	Lâchage de suture ou de ligature au cours d'une intervention chirurgicale	
Y65.3	Malposition de canule endotrachéale au cours d'une intubation durant une anesthésie	
Y65.5	Exécution d'une intervention non appropriée	





SURVOL ET IMPLICATIONS

Sélection d'accidents graves et d'événements qui ne devraient jamais arriver au Canada

Les patients s'attendent à des soins sécuritaires. Les professionnels de la santé s'efforcent de fournir aux patients des soins qui se traduisent par une meilleure santé et des résultats sécuritaires et efficaces. Toutefois, il arrive que des événements indésirables surviennent pendant ou après la prestation des soins. Bien que les soins comportent toujours des risques, nous savons que bon nombre de ces événements préjudiciables peuvent être évités en appliquant les connaissances et les pratiques actuelles. Bon nombre de ces événements ne se produisent que rarement; or, ils peuvent avoir de graves répercussions sur la vie et le bien-être des patients. Récemment, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) se sont mis en partenariat avec plusieurs autorités publiques et organismes au Canada pour créer une liste de 15 événements qui ne devraient jamais arriver. Le terme « événements qui ne devraient jamais arriver » décrit les incidents touchant la sécurité du patient qui entraînent de graves préjudices, parfois même la mort. Ces incidents peuvent être évités à l'aide de contrôles et de listes de vérification à l'échelle de l'organisation (QSSO et ICSP, 2015). Deux des 15 événements ne devant jamais arriver sont répertoriés dans le groupe clinique – événements graves choisis. Les voici :

- Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils insuffisamment stérilisés fournis par l'établissement de soins de santé;
- Intervention sur le mauvais site ou sur le mauvais patient ou mauvaise intervention.

Échec des précautions d'asepsie

L'échec des précautions d'asepsie pendant les interventions médicales et chirurgicales a entraîné la propagation d'une infection et la transmission de la maladie. Cela a engendré une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les patients ainsi qu'une augmentation de la durée du séjour et des coûts (Siegel, Rhinehart, Chiarello et coll., 2007, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2013).

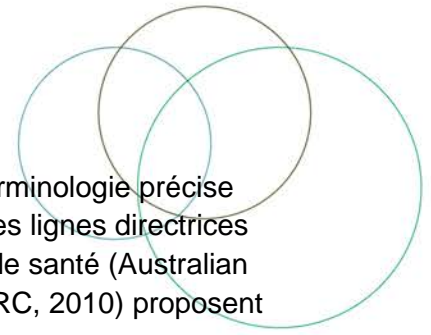
Une technique d'asepsie inefficace causant des infections nosocomiales

La contamination des patients par des microorganismes lors d'interventions cliniques invasives est un processus largement invisible. Cependant, de multiples études établissent clairement une relation directe et indirecte de cause à effet entre l'échec de la technique d'asepsie et les infections nosocomiales. Par exemple, il a été démontré qu'environ huit pour cent des solutions physiologiques salines préparées manuellement sont contaminées avant d'être administrées au patient en raison de lacunes dans la technique d'asepsie. Des échantillons d'hémoculture présentaient un taux de contamination de cinq à dix pour cent (Association for Safe Aseptic Practice, 2015).

Terminologie : technique stérile, d'asepsie et propre

Historiquement, la pratique consistant à protéger les patients de la contamination et de l'infection pendant les procédures cliniques a donné lieu à un paradigme déroutant fondé sur la





terminologie des techniques stérile, d'asepsie et propre. L'utilisation d'une terminologie précise est importante pour promouvoir la clarté dans la pratique (NHMRC, 2010). Les lignes directrices australiennes pour la prévention et le contrôle des infections dans les soins de santé (Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare ou NHMRC, 2010) proposent les définitions suivantes :

Stérile ou « exempt de microorganismes » – En raison de la multitude d'organismes naturellement présents dans l'air, il est impossible de recourir à une technique stérile en milieu de soins de santé. Les techniques quasi stériles ne peuvent être appliquées que dans des environnements contrôlés, comme une armoire à débit d'air laminaire ou une salle spécialement aménagée. Le terme « technique stérile » (soit la directive consistant à maintenir la stérilité de l'équipement exposé à l'air), couramment utilisé, est galvaudé, car une telle technique n'est évidemment pas applicable.

Asepsie ou « absence d'infection ou de matériel porteur d'agents infectieux (agents pathogènes) » – Une technique d'asepsie vise à empêcher les organismes pathogènes de provoquer, en nombre suffisant, une infection en étant introduits dans les sites vulnérables du corps par le contact des mains, des surfaces ou de l'équipement. Par conséquent, contrairement aux techniques stériles, les techniques d'asepsie sont applicables dans les hôpitaux et les milieux communautaires.

Propre ou « exempt de saleté, de marques ou de taches » – Bien que le nettoyage suivi d'un séchage de l'équipement et des surfaces puisse être très efficace, il ne répond pas nécessairement à la norme de qualité de l'asepsie. Toutefois, le nettoyage est certes un pas important vers l'asepsie de l'équipement et de la peau, surtout lorsqu'un niveau élevé de contamination nécessite une élimination ou une réduction des agents pathogènes. Pour garantir l'asepsie, l'application d'un désinfectant sur la peau ou sur les surfaces rigides s'impose pendant ou après le nettoyage.

Le but de toute technique d'asepsie est certes l'asepsie. Pour les besoins de cette ressource, l'« échec des précautions stériles » sera traité par l'utilisation appropriée d'une technique d'asepsie.

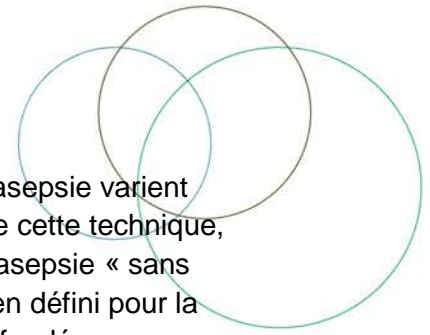
Tel que défini ci-dessus, la **technique d'asepsie** a pour but de prévenir le transfert des microorganismes présents à la surface du corps du patient vers une région du corps normalement stérile ou encore d'une personne à une autre en maintenant le nombre de microbes au strict minimum. Les techniques d'asepsie sont des mesures utilisées pour rendre la peau, les fournitures et les surfaces exemptes de microorganismes le plus possible. De telles pratiques sont utilisées lors d'interventions qui exposent les sites normalement stériles du patient (p. ex., système intravasculaire, canal rachidien, espace sous-dural, voies urinaires) de manière à ce qu'ils soient exemptes de microorganismes (NHMRC, 2010; ASPC, 2012).

Pour une pratique sécuritaire, il est essentiel que les professionnels de la santé comprennent bien les principes de la technique d'asepsie et son application. Bien que la technique d'asepsie soit universellement reconnue comme une compétence clinique essentielle, l'éducation et l'évaluation de cette dernière ont traditionnellement été négligées. La compréhension,



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



l'interprétation, la pratique et, en fin de compte, l'efficacité de la technique d'asepsie varient considérablement. Pour mieux réduire l'écart dans l'application appropriée de cette technique, l'Association for Safe Aseptic Practice (ASAP) a développé une technique d'asepsie « sans toucher » (Aseptic Non Touch Technique ou ANTT), un cadre de pratique bien défini pour la technique d'asepsie (ASAP, 2015). Le cadre de pratique clinique de l'ANTT, fondé sur un ensemble de principes, de mesures de protection et de règles pour la technique d'asepsie, s'applique à toutes les procédures cliniques, de la chirurgie aux soins communautaires.

Stérilisation de l'équipement et des instruments médicaux et chirurgicaux : L'infection constitue un risque majeur de toute intervention chirurgicale; en dépit des technologies et des procédures modernes, des infections liées à un mauvais retraitement de l'équipement surviennent encore.

Une désinfection et une stérilisation efficaces sont essentielles pour s'assurer que l'équipement et les appareils médicaux et chirurgicaux ne véhiculent pas d'agents pathogènes infectieux aux clients, aux patients et au personnel soignant et médical. Les objectifs du retraitement sécuritaire de l'équipement et des dispositifs médicaux sont les suivants:

- La prévention de la transmission de microorganismes au personnel, aux clients, aux patients et aux résidents;
- La réduction au minimum des dommages causés à l'équipement ou aux appareils médicaux par des matières étrangères (p. ex. sang, liquides organiques, solution saline et médicaments) ou par des manipulations inappropriées (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2013).

Intervention chirurgicale inappropriée

Intervention chirurgicale sur le mauvais site, le mauvais patient ou la mauvaise intervention :

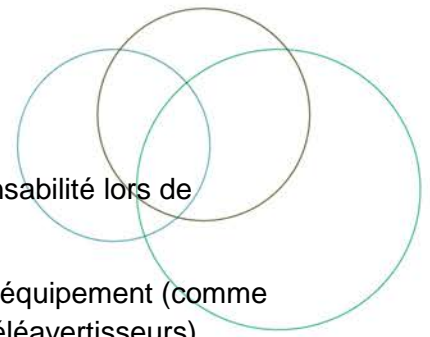
La chirurgie est un domaine des soins de santé dans lequel des erreurs médicales évitables et des échappées belles peuvent survenir. Les interventions chirurgicales sur le mauvais site suscitent de vives préoccupations, elles comprennent une mauvaise intervention ou une intervention sur la mauvaise personne ou le mauvais site (mauvais côté ou mauvais organe). Le *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JAHCO) définit une intervention chirurgicale sur le mauvais site comme un événement sentinelle (c.-à-d. un événement imprévu entraînant le décès ou de graves préjudices physiques ou psychologiques, ou encore le risque de telles conséquences), et représente le troisième type d'événement en importance (Mulloy et Huges, 2008). D'après les statistiques du *Healthcare Insurance Reciprocal of Canada* (HIROC), les erreurs de patient, de site, de traitement ou d'intervention représentaient 2,07 % de toutes les réclamations déposées au HIROC par les établissements de soins santé assurés (HIROC, communication personnelle, 9 février 2017).

Les interventions chirurgicales sur le mauvais site sont associées au fait de ne pas relever les données incorrectes dans les documents liés à l'intervention, comme l'horaire, le consentement, les antécédents du patient et l'examen physique. Les risques d'une intervention chirurgicale sur le mauvais site sont réduits au minimum lorsque toutes les données concordent et lorsque tous



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



les membres de l'équipe de la salle d'opération assument leur part de responsabilité lors de l'intervention (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2007).

Les distractions et/ou les interruptions liées à la communication humaine, à l'équipement (comme les alarmes chirurgicales) ou à la technologie (p. ex. appels téléphoniques, téléavertisseurs) constituent une menace pour la sécurité des patients en salle d'opération; elles contribuent aux accidents liés à la sécurité des patients. Elles sont notamment liées à des interventions chirurgicales pratiquées sur le mauvais site. Les associations professionnelles peropératoires et les organismes de sécurité des patients ont élaboré des lignes directrices et des outils pour limiter l'incidence négative de la distraction. On compte notamment la proposition de l'application du concept d'aéronautique de « poste de pilotage stérile », la réduction des distractions associées à la technologie et au bruit, l'utilisation de listes de vérification et des séances d'information sur la sécurité des soins chirurgicaux et la formation sur le travail d'équipe. L'engagement des chirurgiens et des équipes multidisciplinaires sont nécessaires pour aborder le problème des distractions en salle d'opération (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2014).

Une **intervention inutile ou désuète** désigne toute intervention chirurgicale jugée inutile compte tenu de la situation clinique. Il peut s'agir également du recours à une intervention ou à une technique qui n'est plus conforme aux normes. Une intervention inutile ou désuète peut être liée au manque de surveillance de la pratique des chirurgiens ou à une mauvaise interprétation des tests diagnostiques (HIROC, 2016). Selon les statistiques du HIROC, les interventions inutiles ou désuètes représentent 0,21 % de toutes les réclamations déposées au HIROC par les établissements de soins de santé assurés (HIROC, communication personnelle, 9 février 2017).

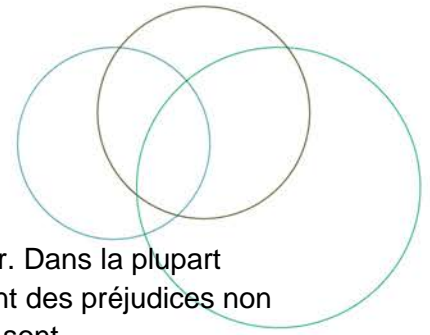
Canule endotrachéale mal positionnée durant l'anesthésie

L'intubation endotrachéale est une intervention de routine lors de l'anesthésie. Une vérification immédiate du positionnement endotrachéal de la canule est nécessaire, car l'intubation œsophagienne ou endobronchique représente une source importante de morbidité et de mortalité liées à l'anesthésie d'autant plus qu'elle est évitable (Miller, 2015). De graves complications peuvent survenir à la suite de l'insertion accidentelle de la canule endotrachéale dans une bronche souche, comme l'hypoxémie causée par l'atélectasie dans le poumon non ventilé et l'hyperinflation et le barotraumatisme avec l'apparition d'un pneumothorax du poumon intubé. Le bon positionnement de la canule endotrachéale par rapport à l'éperon trachéal est cliniquement important (Sitzwohl et coll., 2010).

OBJECTIF

Réduire l'incidence de certains accidents graves parmi ceux répertoriés dans ce groupe clinique.





IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Les patients s'attendent à recevoir des soins sécuritaires en milieu hospitalier. Dans la plupart des cas, ces soins sont sécuritaires. Or, un petit nombre de patients subissent des préjudices non intentionnels consécutifs aux soins qu'ils ont reçus. Les patients hospitalisés sont particulièrement vulnérables; bon nombre d'entre eux sont très fragiles sans compter que les soins hospitaliers sont de plus en plus complexes. La durée de séjour à l'hôpital risque d'être plus longue pour les patients qui subissent un préjudice. Ces derniers sont exposés à un risque accru de morbidité et de mortalité. Mis à part le vécu de ces patients et de leur famille, le besoin constant de traitement comporte également un coût pour le système, car il empêche d'autres personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin (ICIS et ICSP, 2016).

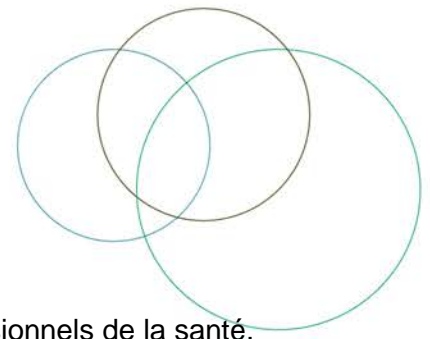
Récit d'une patiente

Intervention chirurgicale sur la mauvaise jambe à l'hôpital Civic de Brampton

Une famille de Brampton est mécontente après que leur grand-mère de 72 ans s'est fait opérer la mauvaise jambe le jour de Noël au nouvel hôpital de la ville. Selon la déclaration de la petite-fille Kanwaljot Brar, 21 ans, au quotidien *The Sun*, Amar Kaur Brar, 72 ans, s'est fracturée le fémur à la suite d'une chute dans l'escalier de la maison familiale à Brampton. « En salle d'opération, les médecins ont fait une incision de la jambe droite d'Amar », commente Brar, ajoutant qu'elle fait presque toute la longueur de la cuisse de sa grand-mère. Quand ils ont réalisé que l'os de la jambe droite d'Amar était intact, ils ont recousu la plaie, puis ont opéré la jambe gauche.

Pour des études de cas de divers accidents graves sélectionnés, se référer à l'[annexe B](#).





PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES

Technique d'asepsie

Tous les prestataires de soins de santé (p.ex., médecins, infirmières, professionnels de la santé, étudiants, bénévoles et autres) ont la responsabilité de se conformer aux pratiques courantes (hygiène des mains, utilisation de gants, emploi d'une technique d'asepsie, etc.) et de signaler avec tact toute infraction aux personnes qui les commettent. Personne n'est exemptée de se conformer aux pratiques courantes (ASPC, 2012).

Principes de base et mesures de protection de l'ANTT (The-ASAP, 2015)

Principes :

1. L'asepsie est l'objectif de toute procédure clinique invasive. La maintenance et l'utilisation de dispositifs cliniques invasifs (employés tant dans les interventions chirurgicales que dans les soins communautaires ») sont visées par l'asepsie.
2. L'asepsie est obtenue en protégeant les principales parties et les principaux sites contre les microorganismes véhiculés par les prestataires de soins de santé et l'environnement immédiat.
3. L'ANTT doit être à la fois efficace et sécuritaire; c'est pourquoi la version Surgical-ANTT est utilisée pour les interventions complexes et la version Standard-ANTT pour les interventions qui ne le sont pas (veuillez vous référer à l'[annexe A](#) pour une description détaillée).
4. Le choix de la version, *Surgical* ou *Standard-ANTT*, dépend de l'évaluation du risque ANTT, lequel est basé sur la difficulté technique de réaliser l'asepsie (consultez l'[annexe A](#) pour de plus amples renseignements).
5. La pratique d'asepsie devrait être normalisée.
6. Une technique d'asepsie sécuritaire repose sur plusieurs variables : la bonne formation des prestataires de soins de santé ainsi que des environnements et des équipements adaptés à l'usage auquel ils sont destinés.

Mesures de protection :

1. Les précautions de base contre les infections (les contrôles environnementaux, le nettoyage des mains et la désinfection des appareils médicaux) réduisent considérablement le risque de contamination des principales composantes et des sites clés.
2. Les composantes clés sont les parties critiques de l'équipement de l'intervention qui sont les plus susceptibles de causer une infection si elles sont contaminées. Les sites clés correspondent à des plaies ouvertes et aux sites d'accès des appareils médicaux.
3. La technique d'asepsie « sans toucher » est une compétence fondamentale, car elle protège les composantes et les sites clés des microorganismes véhiculés par les prestataires de soins de santé et l'environnement d'intervention. Cela est souhaitable au



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés

niveau dit chirurgical (*Surgical-ANTT*) et cette technique est un incontournable pour les cas habituels (*Standard-ANTT*).

Pour de plus amples renseignements sur la **technique d'asepsie**, consultez ces références :

- [Association for Safe Aseptic Practice](#)
- Agence de la santé publique du Canada. [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#) (pages 38 et 55)
- [Association of Surgical Technologists: Aseptic Technique](#)

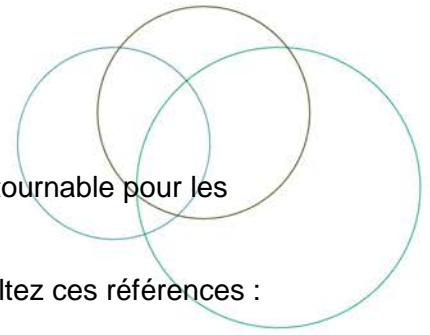
Stérilisation de l'équipement et des instruments médicaux et chirurgicaux

(Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2013)

- Chaque personne impliquée dans le maniement de tout instrument chirurgical ou de toute pièce d'équipement médical a la responsabilité de s'assurer tout au long du processus de soins qu'un retraitement efficace du matériel en question ait lieu.
- La manière dont un dispositif sera retraité doit être prise en considération avant même son achat.
- Le retraitement doit être effectué dans une zone centralisée (centre de retraitement des dispositifs médicaux – CRDM) par du personnel qualifié. Son processus doit intégrer des paramètres de surveillance et de contrôle de la qualité.
- L'équipement ou les appareils contaminés doivent être nettoyés, puis désinfectés ou stérilisés selon des procédures bien définies, fondées sur des normes reconnues et des pratiques exemplaires.
- En cas de panne d'équipement ou d'une situation d'urgence, des rappels et des mesures de protection sont intégrés au système pour protéger l'utilisateur final.
- Enfin, des observations devraient être faites au point d'utilisation pour s'assurer que les indicateurs démontrent qu'une stérilisation efficace a eu lieu. Tous ces éléments doivent être présents pour en assurer la réussite.

Le retraitement efficace de l'équipement et des dispositifs médicaux est un processus comportant de nombreuses composantes :

- Personnel formé
- Politiques et procédures écrites
- Surveillance de la qualité
- Mesures en cas de panne d'équipement
- Observation au point d'utilisation
- Achat d'équipement
- Retraitement centralisé



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



Pour plus de précisions sur la stérilisation des instruments et des équipements médicaux et chirurgicaux, veuillez vous référer aux sources suivantes :

- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Santé publique Ontario. [Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins, 2010](#)
- [Association of Surgical Technologists: Disinfection and Sterilization](#)

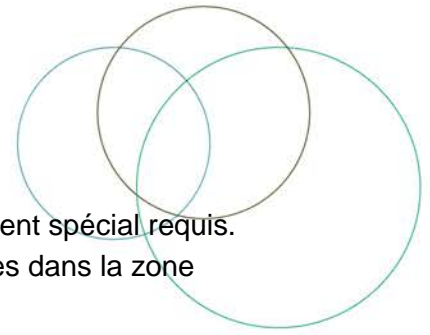
Pour d'autres stratégies d'atténuation, veuillez consulter ce site :

- [Healthcare Insurance Reciprocal of Canada \(HIROC\), Risk reference sheet: Surgical, inadequate sterility](#)

Prévention d'une intervention chirurgicale inappropriée

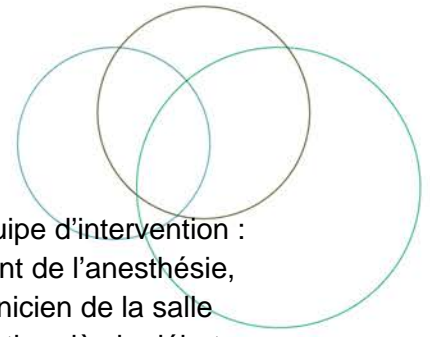
1. **Mise en œuvre de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire** – Une communication et un travail d'équipe efficaces sont essentiels à l'amélioration de la sécurité des soins chirurgicaux. La [liste de contrôle de sécurité chirurgicale](#) de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP, 2009) est un outil propre aux soins chirurgicaux visant l'amélioration de la communication et du travail d'équipe. Les équipes chirurgicales peuvent l'utiliser pour s'assurer que les informations prioritaires sur les soins soient communiquées tout au long du parcours chirurgical du patient et pour améliorer le travail d'équipe. La liste de vérification comporte trois phases :
 - a. Instructions – avant l'induction de l'anesthésie
 - b. Pause (ou temps d'arrêt) – avant l'incision de la peau
 - c. Retour sur l'intervention – avant que le patient ne quitte le bloc opératoire
2. **Mise en œuvre du protocole universel pour la prévention des mauvaises interventions et des interventions pratiquées sur le mauvais site ou sur le mauvais patient**^{MD} (Joint Commission, 2012)
 - A. Effectuez un processus de vérification avant toute intervention. Examinez les renseignements manquants ou les discordances avant de commencer toute intervention :
 - Vérifiez qu'il s'agit de la bonne intervention, sur le bon patient, au bon endroit;
 - Si possible, faites participer le patient au processus de vérification;
 - Déterminez les articles qui doivent être disponibles durant l'intervention;
 - Utilisez une liste normalisée pour vérifier la disponibilité des articles pour l'intervention. Cette liste varie selon la juridiction. Elle doit comprendre au minimum les éléments suivants :
 - o Documentation pertinente (p. ex., antécédents personnels et évaluation physique, formulaire de consentement signé, évaluation pré anesthésie);
 - o Résultats des tests diagnostiques et radiologiques correctement étiquetés (p. ex., examens radiologiques et de tomodensitométrie, rapports de pathologie, résultats de la biopsie);





- Tout produit sanguin, implant, appareil ou équipement spécial requis.
 - Faites correspondre les articles qui doivent être disponibles dans la zone d'intervention au patient devant subir l'intervention.
- B. Marquez le site de l'intervention. Au minimum, marquez le site lorsque l'intervention est pratiquée à plus d'un endroit sur le corps et lorsque l'exécution de l'intervention à un autre endroit pourrait nuire au patient.
- Pour les interventions chirurgicales à la colonne vertébrale – Marquez la peau au site d'intervention de la colonne vertébrale; des techniques spéciales d'imagerie peropératoire peuvent être utilisées pour localiser et marquer exactement le niveau vertébral.
 - Marquez le site avant l'intervention.
 - Si possible, faites participer le patient au processus de marquage du site.
 - Le site est marqué par un praticien indépendant autorisé qui est ultimement imputable de l'intervention à laquelle il participe et sera présent lorsque aura lieu.
 - Dans certaines circonstances, le marquage du site peut être délégué à certains résidents en médecine, à des adjoints au médecin (AM) ou à des infirmières autorisées en pratique avancée (AAPA).
 - Le praticien indépendant autorisé est imputable de l'intervention, même lorsqu'il délègue le marquage du site.
 - La marque, non équivoque, est utilisée uniformément au sein de l'organisation.
 - La marque est faite sur le site d'intervention ou tout près.
 - La marque subsiste suffisamment longtemps pour être visible même après la préparation de la peau et le drapage.
 - Les marqueurs adhésifs ne sont pas les seuls moyens de marquage du site opératoire.
 - Pour les patients qui refusent le marquage du site opératoire ou lorsqu'il est techniquement ou anatomiquement impossible ou peu pratique de le faire (voir les exemples ci-dessous) : utilisez le processus de remplacement écrit de votre organisation pour vous assurer que l'intervention chirurgicale soit pratiquée sur le bon site.
- Exemples de situations qui font appel à des processus de remplacement :
- Surfaces muqueuses ou périnée;
 - Interventions à accès minimal pour traiter par voie externe un organe interne, que ce soit par voie percutanée ou par un orifice naturel;
 - Dents;
 - Les prématurés, pour lesquels la marque peut causer un tatouage permanent.
- C. Faites un temps d'arrêt. L'intervention n'est pas amorcée tant que l'ensemble des questions et des sujets de préoccupation n'ont pas été traités.
- Faites un temps d'arrêt immédiatement avant de commencer l'intervention invasive ou de faire l'incision.
 - Un membre désigné de l'équipe annonce le temps d'arrêt.





- Le temps d'arrêt est normalisé.
- Le temps d'arrêt implique les membres immédiats de l'équipe d'intervention : la personne qui pratique l'intervention, celles qui s'occupent de l'anesthésie, l'infirmière de salle d'opération en service externe, le technicien de la salle d'opération et tout autre personne prenant part à l'intervention dès le début.
- Tous les membres concernés de l'équipe d'intervention chirurgicale communiquent activement pendant le temps d'arrêt.
- Pendant le temps d'arrêt, les membres de l'équipe s'accordent au minimum sur les trois éléments essentiels suivants :
 - L'identité du patient;
 - Le site à opérer;
 - L'intervention à effectuer.
- Lorsque le patient subit deux interventions ou davantage – Dès qu'une intervention est effectuée par une autre personne, un autre temps d'arrêt doit être observé avant qu'elle ne soit amorcée.
- Documentez la fin du temps d'arrêt. C'est à l'organisation de déterminer la quantité et le type de documentation.

3. **Réduction des distractions en salle d'opération** (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2014)

A. Environnement et équipement

- Réduisez le niveau de bruit à la salle d'opération dans la mesure du possible, surtout pendant les phases critiques de l'intervention (p. ex., limitez la conversation sans rapport avec l'intervention en cours; réduisez le volume de la musique de fond; ajustez si possible les réglages de l'équipement chirurgical pour réduire le bruit excessif).
- Personnalisez les paramètres d'alarme pour chaque patient; utilisez des alarmes intelligentes, lorsqu'elles sont disponibles pour réduire la distraction des fausses alarmes ou des alarmes de nuisance.

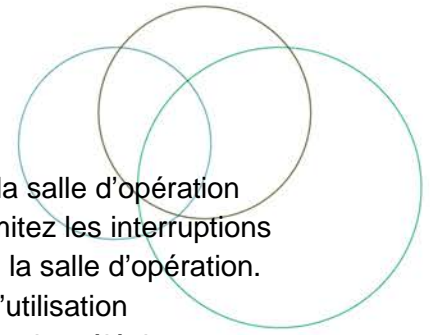
B. Règlements, politiques et procédures

- Réunissez des équipes multidisciplinaires pour déterminer les phases critiques des interventions opératoires, propres à chaque équipe et aux types d'interventions qui ne doivent pas être interrompues.
- Mettez en œuvre un protocole qui prévoit un « poste de pilotage stérile » ou une « zone sans interruption » pendant les phases critiques des interventions opératoires.
- Utilisez des listes de vérification avant et durant l'intervention.
- Concevez et mettez en œuvre un outil d'information multidisciplinaire.
- Utilisez un outil de communication structuré, notamment le SBAR (situation, circonstances ou « *background* », évaluation ou « *assessment* », solutions ou « *recommandation* »), pendant les phases critiques d'une intervention.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



- Minimisez la communication des membres de l'équipe de la salle d'opération non pertinente à l'intervention en cours de réalisation et limitez les interruptions de la part du personnel extérieur et des autres visiteurs de la salle d'opération.
 - Définissez les lignes directrices et les attentes relatives à l'utilisation appropriée des téléphones cellulaires, des téléavertisseurs, des téléphones intelligents et autres DEP dans la salle d'opération et vérifiez que les membres de l'équipe chirurgicale s'y conforment.
 - Proposez une formation sur le travail d'équipe, comme *Crew Resource Management (CRM)*, *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)* (AHRQ, 2017) ou *TeamSTEPPS Canada^{MC}* (ICSP, 2018) lequel fait appel à des études de cas inspirés de la salle d'opération.
 - Mobilisez les chirurgiens autour de la formation sur la sécurité des patients et des projets d'amélioration de la qualité visant à réduire les distractions.
 - Veillez à ce que les chirurgiens et les autres chefs d'équipe de la salle d'opération fassent la promotion de la culture de sécurité des patients. En encourageant tous les membres de l'équipe à appliquer les compétences nécessaires à la surveillance de la situation et à exprimer en tout temps leurs inquiétudes au cours d'une intervention.
- C. Formation
- Sensibilisez le personnel à la distraction électronique et à ses effets possiblement néfastes sur la sécurité des patients.
- D. Audit et rétroaction
- Encouragez la collecte et la vérification des données locales pour l'amélioration continue de la qualité (D' G. Papia, communication personnelle, 24 octobre 2017).

Positionnement de la canule endotrachéale

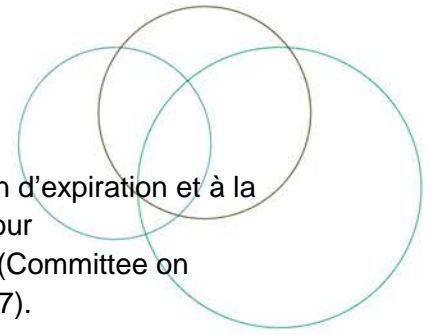
Veillez au positionnement correct de la canule endotrachéale lors de la procédure d'anesthésie :

1. Assurez-vous que la canule endotrachéale soit placée de sorte que le ballonnet arrive juste en dessous des cordes vocales, à environ 2 à 3 cm au-dessus de l'éperon trachéal (Miller, 2015).
2. Par une auscultation bilatérale, assurez-vous que les sons respiratoires soient égaux dans les deux champs pulmonaires au-dessus de la paroi thoracique et qu'aucun son ne se fait entendre au niveau de l'épigastre (Miller, 2015; Sitzwohl et coll., 2010).
3. Vérifiez la présence des mouvements symétriques de la poitrine et de la condensation dans la canule endotrachéale (Sitzwohl et coll., 2010; Miller, 2015).
4. Déterminez la pression partielle en dioxyde de carbone en fin d'expiration depuis l'intubation jusqu'à l'extubation (ou le transfert vers un lieu de soins postopératoires) en utilisant des méthodes quantitatives telles que la capnographie ou la capnométrie (Committee on Standards and Practice Parameters et coll., 2015; Miller, 2015; Dobson, et coll. 2017).



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



5. Veillez à ce que l'alarme associée à la pression partielle de CO₂ en fin d'expiration et à la saturation du sang en oxygène soit visible et audible en tout temps pour l'anesthésiologiste ou le personnel de l'équipe de soins d'anesthésie (Committee on Standards and Practice Parameters et coll. 2015; Dobson et coll. 2017).
6. Lorsque la ventilation est contrôlée par un ventilateur mécanique, il convient d'utiliser de façon continue un appareil capable de détecter l'inadéquation des composantes du système respiratoire. L'appareil doit émettre un signal sonore lorsque le seuil de déclenchement d'alarme est dépassé (Committee on Standards and Practice Parameters et coll. 2015; Dobson et coll. 2017).
7. Si le patient demeure ventilé pendant la phase postopératoire, une radiographie pulmonaire devrait être envisagée pour vérifier le bon positionnement de la canule endotrachéale.

Pour d'autres [stratégies d'atténuation des risques d'une mauvaise intervention ou d'une intervention sur le mauvais patient ou le mauvais site](#), veuillez vous référer à la fiche de référence des risques du HIROC (HIROC, 2016).

Pour des [stratégies d'atténuation destinées à prévenir la pratique d'une intervention superflue ou désuète](#), veuillez vous référer à la fiche de référence des risques du HIROC (HIROC, 2016).

Effectuer des revues cliniques et systémiques

En raison de la multiplicité des causes de complications secondaires à des événements graves, nous vous suggérons, outre l'application des recommandations énumérées ci-dessus, d'effectuer des revues cliniques et systémiques pour cerner les causes latentes et formuler des recommandations appropriées.

Si votre analyse démontre que les événements graves survenus dans l'établissement de soins de santé sont liés à des processus ou à des interventions particulières, vous trouverez ci-après les lignes directrices relatives à l'intervention en question :

- Agence de santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>
- American College of Surgeons. *National surgical quality improvement program*. <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Guidelines*. <http://www.asge.org/publications/publications.aspx?id=352>
- American Society of Anesthesiologists. <https://www.asahq.org>
- Association canadienne d'accès vasculaire. <http://www.cvaa.info/>
- Association canadienne de cardiologie d'intervention. <http://caic-acci.org/fr/>
- Association canadienne de protection médicale *Guide des bonnes pratiques*. <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>
- Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada. www.ornac.ca



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés



- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). *Wrong site surgery*. <https://www.aorn.org/education/staff-development/prevention-of-sentinel-events/wrong-site-surgery>
- Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis. www.cdc.gov
- Groupe CSA. <https://www.csagroup.org/fr/>
- L'Association canadienne de gastroentérologie. *Guideline library*. <https://www.cag-acg.org/publications/guideline-library>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). www.nice.org.uk
- Pennsylvania Patient Safety Authority. *Patient Safety Topics (Sujets liés à la sécurité des patients)*. <http://patientsafety.pa.gov/pst/Pages/PSAPatientSafetyTopicList.aspx>
- Prévention et contrôle des infections (PCI) Canada. www.ipac-canada.org
- Santé publique Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). <https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/PIDAC.aspx>
- Société canadienne de néphrologie. <https://www.csnsn.ca/committees/clinical-practice-guidelines/library>

REVUES CLINIQUES ET SYSTÉMIQUES, ANALYSE DES INCIDENTS

La survenance 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 de tels incidents 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 des analyses prospectives peuvent être fort utiles pour reconnaître et saisir les opportunités d'améliorer la qualité. Des liens vers des ressources sur les méthodes d'analyse sont fournis sous la rubrique des [ressources pour l'analyse des incidents et/ou l'analyse prospective](#) du document de présentation de la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital.

Les vérifications de dossiers sont recommandées comme moyen de développer une compréhension plus approfondie des soins prodigués aux patients identifiés par la mesure des



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés

préjudices à l'hôpital. L'étude de dossiers permet de reconnaître les secteurs nécessitant des améliorations.

Ressources utiles pour effectuer des revues cliniques et systémiques :

- [Processus de vérification de dossiers médicaux](#) (voir l'Introduction à la Ressource d'amélioration)
- [Cadre canadien d'analyse des incidents](#)
- [Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents de l'ICSP](#)
- [HIROC Critical Incident & Multi-Patient Events Risk Resource Guide](#) (en anglais seulement)
- [Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada – L'analyse des modes de défaillance et de leurs effets \(AMDE\)](#)
- [Institute for Healthcare Improvement - Failure Mode and Effects Analysis Tool](#) (en anglais seulement)

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).

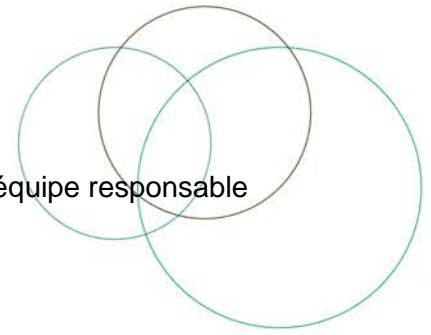
Voici quelques mesures recommandées à utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- 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 conscient 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, 2011).



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



Pour en savoir plus sur la mesure visant l'amélioration, communiquer avec l'équipe responsable des mesures de l'ICSP à measurement@cpsi-icsp.ca.

Indicateurs de résultats

1. Pourcentage d'interventions médicales et chirurgicales ne respectant pas la technique d'asepsie.
2. Nombre d'instruments et d'équipements médicaux et chirurgicaux qui n'ont pas été stérilisés de façon appropriée.
3. Pourcentage de patients en chirurgie pour lesquels la canule endotrachéale a été mal positionnée lors de la procédure d'anesthésie.
4. Nombre d'interventions chirurgicales inappropriées (mauvais site, mauvais patient ou mauvaise intervention).

Indicateurs d'amélioration du processus

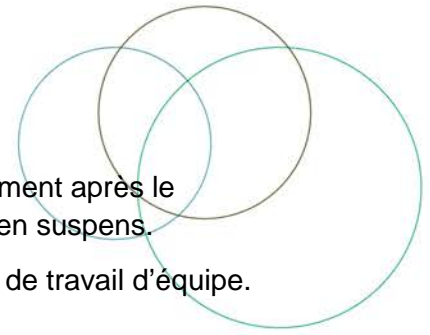
1. Asepsie – Veuillez vous référer à l'outil d'audit de l'Association of Safe Aseptic Practice (ANTT) que vous pouvez obtenir gratuitement par courriel à enquiries@antt.org.
2. Pourcentage de patients intubés pour lesquels l'ensemble des points ci-dessous ont été respectés :
 - a. La canule endotrachéale est insérée de sorte que le ballonnet arrive juste en dessous des cordes vocales;
 - b. L'auscultation bilatérale confirme que les bruits respiratoires sont égaux et perceptibles dans les deux poumons;
 - c. Des mouvements symétriques sont observés au niveau de la poitrine;
 - d. L'emploi d'une méthode quantitative d'analyse continue du niveau de dioxyde de carbone en fin d'expiration du moment de l'intubation jusqu'à l'extubation ou le transfert vers une zone de soins postopératoires;
 - e. L'alarme associée à la pression partielle de CO₂ en fin d'expiration et à la saturation du sang en oxygène est visible et audible en tout temps pour l'anesthésiologiste ou le personnel de l'équipe de soins d'anesthésie;
 - f. L'utilisation continue d'un appareil capable de détecter l'inadéquation des composantes du système de ventilation; l'appareil doit émettre un signal sonore lorsque le seuil de déclenchement d'alarme est dépassé;
 - g. Une radiographie pulmonaire est effectuée d'emblée chez les patients qui demeurent ventilés au cours de la phase postopératoire.
3. Pourcentage de patients pour lesquels la liste de vérification pour une chirurgie sécuritaire a été utilisée correctement, c.-à-d. observation des trois phases : instructions, temps d'arrêt, retour sur l'intervention.
4. Pourcentage de patients en chirurgie qui ont fait l'objet d'un processus de vérification avant une intervention chirurgicale.
5. Pourcentage de patients en chirurgie pour lesquels le site de l'intervention chirurgicale a été marqué de façon appropriée.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés

6. Pourcentage d'interventions chirurgicales qui ont été amorcées seulement après le respect du temps d'arrêt et la résolution des questions ou des points en suspens.
7. Pourcentage du personnel chirurgical ayant participé à une formation de travail d'équipe.



NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

Organisation de normes en santé (ONS)

Pour les normes de l'ONS relatives aux accidents graves sélectionnés, veuillez consulter l'[annexe C](#).

ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

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

Termes de recherche recommandés :

- Sécurité des soins chirurgicaux
- Intervention chirurgicale au mauvais site
- Stérilisation
- Asepsie
- Infection

EXEMPLES DE RÉUSSITE

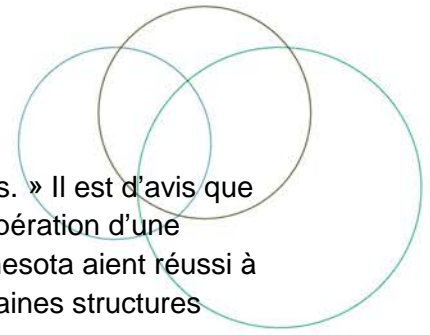
Développer une culture de sécurité dans la salle d'opération

La culture de la sécurité des patients au sein de l'hôpital ou du centre chirurgical constitue la pierre angulaire de l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité. Une solide culture de la sécurité contribue à réduire au minimum les erreurs médicales sans compter qu'un soutien ferme de la direction est crucial pour vraiment faire progresser la sécurité des patients et la qualité des soins.

Les hôpitaux et les centres chirurgicaux ambulatoires du Minnesota ont effectué 2,6 millions d'interventions invasives au cours de l'année 2012-2013, y compris, entre autres, des interventions en salle d'opération, en radiologie, ainsi qu'à des fins diagnostiques et d'analyses de laboratoire. Le D^r Mark Migliori, président du comité de sécurité périopératoire de l'hôpital Abbott Northwestern de Minneapolis (qui fait partie d>Allina Health), croit qu'une culture de sécurité est une condition préalable à la prestation de bons soins à chaque patient, à chaque intervention, à chaque fois.

« Les patients méritent que la sécurité soit au premier plan », selon D^r Migliori. « Cette première étape est essentielle. Ils nous font confiance pour les soigner et cette confiance présuppose





implicitement que nous veillerons sur eux lorsqu'ils seront confiés à nos soins. » Il est d'avis que le leadership des chirurgiens est essentiel à l'établissement dans la salle d'opération d'une culture de sécurité. Bien que les hôpitaux et les centres chirurgicaux du Minnesota aient réussi à former des équipes multidisciplinaires où tout le monde peut s'exprimer, certaines structures hiérarchiques traditionnelles persistent encore.

« Le chirurgien devrait, tout comme les autres membres de l'équipe, jouer un rôle dans le développement d'une culture de sécurité », a déclaré le D^r Migliori. « En fait, le chirurgien est en mesure d'équilibrer le rapport hiérarchique dans la salle d'opération. En agissant en tant que leader au service des autres – en déléguant le pouvoir, en accordant la priorité aux besoins d'autrui et en aidant les gens à s'épanouir et à devenir aussi efficaces que possible – le reste de l'équipe comprend que l'accent sur la sécurité est un gage de leur professionnalisme. » En faisant régner une culture qui favorise la libre expression du personnel, le D^r Migliori est convaincu que l'écoute aide grandement les gens à prendre la parole.

« Écouter, laisser le personnel s'exprimer est l'un des moyens les plus accessibles que nous pouvons mettre en œuvre », ajoute-t-il. Nous dressons tellement d'obstacles empêchant ainsi les personnes d'exprimer leur opinion. Nous devons renverser ces obstacles pour donner à ces personnes libre cours à leurs idées. Se posant en rassembleur, le D^r Migliori prête attention à la suggestion ou à l'inquiétude formulée par un membre du personnel avant de laisser à ce dernier toute la latitude pour élaborer davantage. À ses yeux, il est important de reconnaître les personnes chaque fois qu'elles se font entendre, car cette approche crée un résultat positif. C'est pourquoi il estime qu'il importe de parler des échappées belles et de souligner la contribution de la personne qui l'a détecté. « Ainsi, on envoie un message clair selon lequel les gens surveillent et c'est ce qui compte », souligne le D^r Migliori.

Il donne l'exemple de la mise en œuvre dans les premiers temps de l'une des composantes du protocole universel : le processus de réunion d'équipe préparatoire. En tant que médecin-chef, il a accueilli avec un peu de réserve l'idée selon laquelle chaque membre de l'équipe doit se présenter, car il avait l'impression que les membres se connaissaient déjà. Or, les autres étaient convaincus de son importance de sorte que l'équipe a conservé cet élément essentiel du protocole. Il s'est vite rendu compte de son importance. « Ça aide les gens à s'exprimer. Le fait de devoir se présenter fournit le prétexte à la technicienne, par exemple, de prendre la parole. Aussi, la prochaine fois que la question de la sécurité doit être soulevée, elle sera moins embarrassée de le faire », explique-t-il. « Quand on ne connaît pas bien quelqu'un, on est moins enclin à amorcer le dialogue et à l'interroger. »

Au dire du D^r Migliori, un véritable leader est celui qui sait tendre vers l'équilibre. L'équilibre entre la confiance et l'humilité; l'équilibre entre la compétence et le doute qui vous pousse à examiner une situation sous différents angles; faire preuve d'ardeur dans son travail tout en laissant les autres faire leurs preuves et en être témoin. Un véritable leader donne toujours la parole aux personnes qui ne se font pas entendre et prend la défense des personnes les plus vulnérables, qu'il s'agisse d'un membre du personnel, d'un patient ou de toute autre personne.

Le développement d'une culture de la sécurité requiert des efforts constants. Les hôpitaux et le personnel doivent être prêts à réévaluer constamment leurs faits et gestes ainsi que leurs



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



discours. Ils doivent se questionner sur ce qui peut être amélioré. D^r Migliori juge qu'il est bon de se rappeler que des erreurs peuvent survenir en tout temps. À son avis, même si vous êtes bon, cela ne suffit pas. « Toute organisation qui fait un travail en veillant à la sécurité a déjà une idée de ce qu'est une culture de sécurité », dit-il. « Le plus difficile, c'est de la maintenir. Cela exige des efforts et une bonne dose d'humilité. »

La collaboration et la communication sont essentielles à la promotion d'une culture de sécurité. Le Dr Migliori encourage les chirurgiens en chef à rejeter les approches désuètes où les membres de l'équipe travaillent chacun pour soi et à créer plutôt des occasions pour les groupes de se réunir et d'engager un dialogue sur la sécurité. « Nous devons constamment nous rappeler que nous sommes tous dans le même bateau. Tout se résume à une question de communication. Il faut faire en sorte que les personnes puissent s'exprimer et se faire entendre », ajoute-t-il. « Je me réjouis des efforts déployés pour que la culture de sécurité transcende l'hôpital, mais surtout j'apprécie le fait que si nous voulons donner des soins au Minnesota, c'est la norme à suivre. »

(Minnesota Department of Health, 2014)

Utilisation de la sécurité comme outil de gestion de la qualité au Service de stérilisation

À l'hôpital Markham Stouffville, le service de stérilisation est responsable de la décontamination, du nettoyage, du retraitement et de la stérilisation des instruments et de l'équipement de tout l'hôpital. Le service de stérilisation applique des critères rigoureux, des lignes directrices basées sur des pratiques exemplaires et des normes pour garantir la prestation de services sécuritaires de qualité à l'endroit des intervenants de la salle d'opération et du service des urgences. L'engagement du service à l'égard de la sécurité et de la qualité concorde avec la déclaration de l'hôpital selon laquelle « nous devons fournir des soins sécuritaires et de haute qualité ».

Bien que le service s'applique à dépasser les normes de pratique, le personnel de première ligne a identifié les deux écarts suivants :

1. Les résultats d'audit (comme le taux d'erreur des instruments chirurgicaux, les indicateurs chimiques manquants, l'exactitude des dossiers de stérilisation et la fréquence des objets tranchants trouvés sur les plateaux usagés ou souillés) n'ont pas fait l'objet d'un suivi assidu ni n'ont été systématiquement communiqués au personnel de première ligne.
2. L'absence d'un processus systématique comme un outil de vérification hebdomadaire pour consigner les activités suivantes et leur nombre : désinfection thermique et radicale, stérilisation, tests et entretien hebdomadaires, détartrage de l'équipement de retraitement comme les lave-instruments, les laveuses à ultrasons et les laveuses de chariots.

Parallèlement, alors que le service de stérilisation explorait des avenues de solution, certaines unités de soins de courte durée en milieu hospitalier mettaient en œuvre le programme *Releasing Time to Care*. Le processus *Releasing Time to Care* vise à recueillir et à déclarer les indicateurs de qualité, comme le taux de chutes et de plaies de pression. Le service de stérilisation, après avoir visité ces unités de soins de courte durée, a adopté l'outil *Safety Crosses* (calendrier de sécurité en forme de croix) comme moyen de recueillir et de diffuser les résultats des audits comme il a été indiqué à l'écart n° 1. L'équipe a également mis au point un outil de vérification



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés

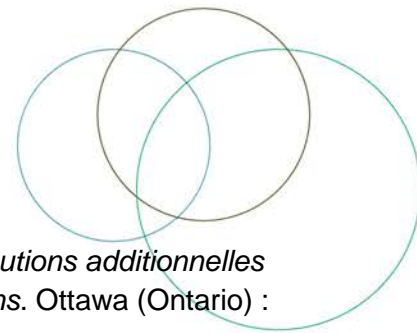


hebdomadaire à l'échelle du service pour surveiller et déclarer le nombre et les activités de retraitement, comme il a été indiqué ci-dessus à l'écart n° 2.

Après plusieurs mois de travail acharné, le service compte désormais un conseil de la qualité qui affiche fièrement ses quatre « croix de sécurité » : 1) erreurs liées aux instruments; 2) indicateurs chimiques manquants (internes et externes); 3) taux de complétude et de précision de la stérilisation et de précision; 4) nombre d'objets tranchants acheminés au service de stérilisation par les utilisateurs finaux. Le conseil de la qualité permet également de suivre et de déclarer les activités hebdomadaires de retraitement du service et leur nombre. Le personnel a désormais accès immédiatement aux rapports et aux résultats des audits. Ces derniers font également partie du processus, parce qu'ils complètent les « croix de sécurité » de jour en jour. Par l'entremise de la formation, de la production de rapports de type iReport et à des suivis directs avec les services expéditeurs, l'équipe a constaté une diminution de la fréquence de retour des objets tranchants au service de stérilisation.

(Markham Stouffville Hospital Corporation, 2013)





RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2012. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Santé publique Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, Prévention et contrôle des infections Canada. *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins*, (3^e édition) Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)*. AHRQ; 2017. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>

Association for Safe Aseptic Practice (ASAP). *Aseptic non touch technique: The ANTT clinical practice framework* (Technique aseptique « sans toucher » : cadre de pratique clinique). London; ASAP; 2015. [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/WHAIPDocs.nsf/61c1e930f9121fd080256f2a004937ed/e4528983f2eddd3a80257f10003dd2f3/\\$FILE/ANTT%20Framework%20v4.0.pdf](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/WHAIPDocs.nsf/61c1e930f9121fd080256f2a004937ed/e4528983f2eddd3a80257f10003dd2f3/$FILE/ANTT%20Framework%20v4.0.pdf)

Association of Surgical Technologists. *AST standards of practice for packaging material and preparing items for sterilization*. AST; 2009. http://www.ast.org/AboutUs/Sterilization_and_Disinfection/

Association of Surgical Technologists. *Standards of practice for the decontamination of surgical instruments*. AST; 2009. http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard_Decontamination_%20Surgical_Instruments_.pdf

Committee on Standards and Practice Parameters, American Society of Anesthesiologists (ASA). *Standards for basic anesthetic monitoring*. ASA; 2015. <http://www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-guidelines-and-related-resources/standards-for-basic-anesthetic-monitoring>

Difficult Airway Society (DAS). *Guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults 2015*. DAS; 2015. https://www.das.uk.com/guidelines/das_intubation_guidelines

Dobson G, Chong M, Chow L, et al. Guidelines to the practice of anesthesia: Revised edition 2017. *Can J Anaesth*. 2017; 64 (1); 65-91. doi : 10.1007/s12630-016-0749-0.



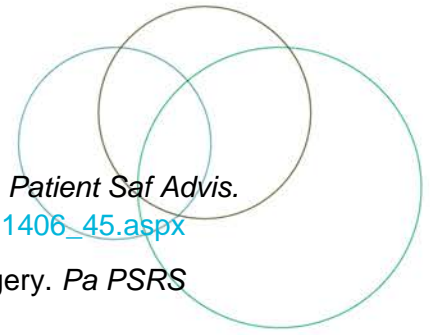
RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés



- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Institut canadien pour la sécurité des patients. *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*. Ottawa (Ontario) : ICIS, 2016.
<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3312>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). *Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire*. Edmonton (Alberta) : ICSP; 2009.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/surgical-safety-checklist-resources.aspx>
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). *Risk reference sheet: Unnecessary/obsolete procedures*. Toronto (Ontario) : HIROC; 2016.
https://www.hiroc.com/getmedia/45537195-5d6d-45c7-8c7d-87132c6e15df/30_Unnecessary-Obsolete-Procedures.pdf.aspx?ext=.pdf
- HIROC. *Risk reference sheet: Surgical inadequate sterility*. Toronto (Ontario) : HIROC; 2012.
<https://www.hiroc.com/getmedia/ef3098cb-9026-41c0-8c5e-dc2ce1a5891f/29-Inadequate-Sterility-Risk-Reference-Sheet.pdf.aspx?ext=.pdf>
- HIROC. *Risk reference sheet: Wrong patient/site/procedure*. Toronto (Ontario) : HIROC; 2016.
https://www.hiroc.com/getmedia/22f0e351-4066-4c39-84d5-1560f20084d1/31_Wrong-Patient-Site-Procedure.pdf.aspx?ext=.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to guide: Prevent harm from high-alert medications*. Cambridge, MA: IHI; 2012.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>
- Joint Commission. *The universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery™: Guidance for health care professionals*. The Joint Commission; 2012.
https://www.jointcommission.org/assets/1/18/UP_Poster1.PDF
- Markham Stouffville Hospital Corporation. *Utilisation de la sécurité comme outil de gestion de la qualité au Service de stérilisation*. Ottawa (Ontario) : Organisation de normes en santé; 2013. <https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/utilisation-de-la-securite-comme-outil-de-gestion-de-la-qualite-au-service-de-sterilisation/>
- Miller RD. *Miller's anesthesia (8th ed.)*. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier; 2015.
- Minnesota Department of Health. *Adverse health events in Minnesota: Tenth annual public report*. Minnesota Department of Health; 2014.
<http://www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/2014ahereport.pdf>
- Mulloy DF, Huges RG. Chapter 36: Wrong-site surgery: A preventable medical error. In: *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2678/pdf/Bookshelf_NBK2678.pdf
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). *Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare*. Commonwealth of Australia; 2010.
<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cd33>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés



Pennsylvania Patient Safety Authority. Distractions in the operating room. *Pa Patient Saf Advis.* 2014; 11 (2): 45-52. http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201406_45.aspx

Pennsylvania Patient Safety Authority. Insight into preventing wrong-site surgery. *Pa PSRS Patient Saf Advis.* 2007; 4 (4): 109, 112-23. http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200712_109b.aspx

Qualité des services de santé Ontario, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada : des soins plus sécuritaires pour les patients.* Edmonton (Alberta) : ICSP; 2015. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/neverevents/pages/default.aspx>

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis; 2007. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

Sitzwohl C, Langheinrich A, Schober A, et al. Endobronchial intubation detected by insertion depth of endotracheal tube, bilateral auscultation or observation of chest movements: randomised trial. *BMJ.* 2010; 341: c5943. doi: 10.1136/bmj.c5943. <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c5943.long>

RESSOURCES LIÉES AUX ACCIDENTS GRAVES SÉLECTIONNÉS

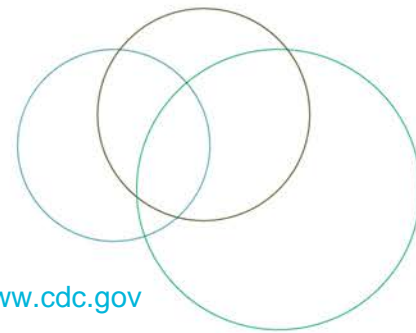
Associations professionnelles et sites Web utiles

- Agence de santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>
- American College of Surgeons. *National surgical quality improvement program.* <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Guidelines.* <http://www.asge.org/publications/publications.aspx?id=352>
- American Society of Anesthesiologists. <https://www.asahq.org>
- Association canadienne d'accès vasculaire. <http://www.cvaa.info/>
- Association canadienne de cardiologie d'intervention. <http://caic-acci.org/fr/>
- Association canadienne de protection médicale *Guide des bonnes pratiques.* <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>
- Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada. www.ornac.ca
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). *Wrong site surgery.* <https://www.aorn.org/education/staff-development/prevention-of-sentinel-events/wrong-site-surgery>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés



- Association of Surgical Technologists (AST). *Technique aseptique*. http://www.ast.org/AboutUs/Aseptic_Technique/
- Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis. www.cdc.gov
- Groupe CSA. <https://www.csagroup.org/fr/>
- L'Association canadienne de gastroentérologie. *Guideline library*. <https://www.cag-acg.org/publications/guideline-library> National Institute for Health and Care Excellence (NICE). www.nice.org.uk
- Pennsylvania Patient Safety Authority. *Patient Safety Topics (Sujets liés à la sécurité des patients)*. <http://patientsafety.pa.gov/pst/Pages/PSAPatientSafetyTopicList.aspx>
- Prévention et contrôle des infections (PCI) Canada. www.ipac-canada.org
- Santé publique Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). <https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/PIDAC.aspx>
- Société canadienne de néphrologie. <https://www.csnsn.ca/committees/clinical-practice-guidelines/library>

Lignes directrices de pratique clinique

ASGE Ensuring Safety in the Gastrointestinal Endoscopy Unit Task Force, Calderwood AH, Chapman, et al. Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointest Endosc*. 2014; 79 (3): 363-372. doi: 10.1016/j.gie.2013.12.015.

<http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/4a572112-29a4-4313-8ab8-b7801e8f84e2.pdf>

ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Shen B, et al. Infection control during GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2008; 67 (6): 781-790. doi: 10.1016/j.gie.2008.01.027.

<http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/51E78060-CD85-4281-B100-6ABEBCB04C49.pdf>

O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011*. Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis; 2011. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Organisation mondiale de la santé. *Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*. Genève : OMS; 2009.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44232/9789242598599_fre.pdf?sequence=2

Reprocessing Guideline Task Force, Petersen BT, Cohen J, et al. Multisociety guideline on reprocessing flexible GI endoscopes: 2016 update. *Gastrointest Endosc*. 2017; 85 (2): 282-294. doi: 10.1016/j.gie.2016.10.002. [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(16\)30647-2/fulltext](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(16)30647-2/fulltext)



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés



Royal College of Anaesthetists. *Clinical quality, standards and safety*.
<https://www.rcoa.ac.uk/clinical-standards-quality>

Royal College of Anaesthetists. *Wrong site block*. <http://www.rcoa.ac.uk/standards-of-clinical-practice/wrong-site-block>

Société canadienne des anesthésiologistes. *Guide d'exercice de l'anesthésie*.
<http://www.cas.ca/Francais/Guide-d-exercice>

Ressources supplémentaires liées aux accidents graves sélectionnés

Agence de santé publique du Canada. Méthodes d'administration des vaccins. Guide canadien d'immunisation : *Partie 1 – Information clé sur l'immunisation* Ottawa (Ontario) : ASPC; 2017. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-8-methodes-administration-vaccins.html>

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*. ACPM, HIROC; 2016.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/surgical-safety-in-canada/pages/default.aspx>

Colvin JR, Peden CJ (Eds). *Raising the standard: a compendium of audit recipes for continuous quality improvement in anaesthesia*; 3rd edition. London: Royal College of Anaesthetists; 2012. https://www.rcoa.ac.uk/system/files/CSQ-ARB-2012_1.pdf

Infection Prevention and Control Canada (IPAC) Dialysis Interest Group. Practice Recommendations: Intravascular Dialysis Catheter Care to Prevent Central Line-Associated Blood Stream Infections in Adults. 2016. https://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/DIG_Dialysis_Catheter_Care_Practice_Recomendations-2016.pdf

Organisation mondiale de la santé. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. Genève :OMS; 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252_eng.pdf

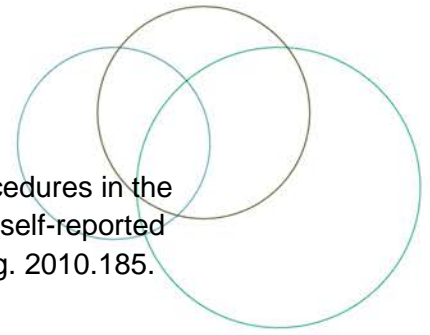
Pennsylvania Patient Safety Authority. *Principles for reliable performance of correct-site surgery*. Pennsylvania Patient Safety Authority; 2012.
<http://patientsafety.pa.gov/pst/Pages/Wrong%20Site%20Surgery/principles.aspx>

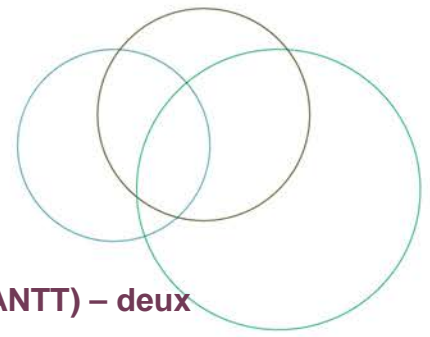
Pennsylvania Patient Safety Authority. Quarterly update on wrong-site surgery: work to be done. *Pa Patient Saf Advis*. 2013; 10 (3): 110-115.
http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201309_110.aspx



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Accidents graves sélectionnés

Stahel PF, Sabel AL, Victoroff MS, et coll. Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: Analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences. *Arch Surg.* 2010; 145(10): 978-984. doi: 10.1001/archsurg.2010.185.
<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/406371>





ANNEXE A

Technique d'asepsie non tactile (*Aseptic Non Touch Technique, ANTT*) – deux versions : *Standard ANTT* et *Surgical ANTT*

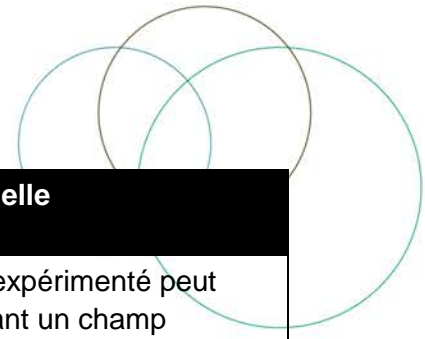
Les différentes interventions cliniques se distinguent par leur degré de complexité. Pour qu'il soit efficace et sécuritaire, tout cadre de pratique de la technique d'asepsie doit définir le type de technique d'asepsie et les précautions à prendre pour les interventions simples et complexes, ainsi que la façon de choisir celle qui convient le mieux. Dans le cadre de la pratique ANTT, il existe deux versions : une sans complications et une pour les cas plus complexes, appelées respectivement *Standard-ANTT* et *Surgical-ANTT*. Notons qu'il s'agit de deux versions de l'approche ANTT.

- **Standard ANTT** – Les interventions cliniques prises en charge par le cadre de pratique ANTT sont techniquement simples, de courte durée (moins de 20 minutes environ) et concernent un petit nombre de sites ou de parties clés. La version *Standard ANTT* exige un champ aseptique général et des gants non stériles. L'utilisation de micro champs aseptiques et le recours à une technique « sans toucher » est essentielle pour protéger les parties et les sites clés.
- **Surgical ANTT** – Cette version est requise lors d'interventions techniquement complexes, de plus longue durée, portant sur des sites de plus grande dimension ou sur de nombreuses parties du corps. Pour contrer ces risques, un champ aseptique principal et des gants stériles sont requis. De plus, des précautions visant à créer une barrière complète s'imposent souvent (Pratt et coll., 2007). La version *Surgical ANTT* devrait avoir recours à des micro champs aseptiques critiques et à une technique « sans toucher » lorsque cela est possible.

Procédure	Standard/Surgical ANTT	Raison d'être /procédure habituelle
Thérapie intraveineuse	<i>Standard ANTT</i>	Les principales parties peuvent généralement être protégées par des micro champs critiques et le recours à la technique « sans toucher ». Les sites clés sont petits. Les interventions sont techniquement simples et durent moins de 20 min.
Pansements de plaies simples	<i>Standard ANTT</i>	Les composantes et les sites clés peuvent être protégées par des micro champs critiques optimaux et par le recours à la technique « sans toucher ». Les interventions sont techniquement simples et durent moins de 20 min.
Pansements des plaies complexes ou larges	<i>Surgical ANTT</i>	La complexité, la durée ou le nombre de parties clés peuvent exiger l'établissement d'un champ aseptique critique.



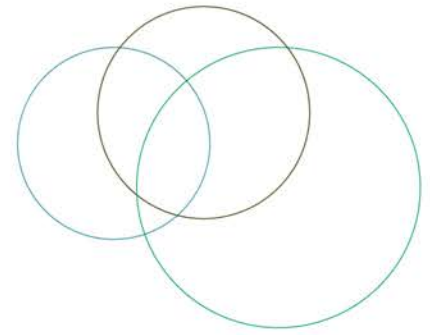
RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Accidents graves sélectionnés



Procédure	Standard/Surgical ANTT	Raison d'être /procédure habituelle
Cathétérisme urinaire	<i>Standard/Surgical ANTT</i>	Un prestataire de soins de santé expérimenté peut effectuer le cathétérisme en utilisant un champ aseptique général, des micro champs aseptiques et une technique « sans toucher ». Toutefois, les professionnels de la santé moins expérimentés peuvent avoir besoin d'un champ aseptique critique.
Canulation	<i>Standard/Surgical ANTT</i>	En dépit de la simplicité technique de la procédure, l'utilisation de gants stériles peut s'imposer du fait de la proximité des mains du prestataire de soins de santé relativement au site de ponction et aux parties clés et de son niveau de savoir-faire.
Pose d'un cathéter veineux périphérique (CVP ou PICC line) ou d'un cathéter veineux central (CVC)	<i>Surgical ANTT</i>	La grosseur du tube du CVC ou du PICC line, le caractère invasif, le matériel nécessaire et la durée exigeront l'installation d'un champ stérile dans des conditions d'asepsie rigoureuse.
Intervention chirurgicale	<i>Surgical ANTT</i>	D'emblée, un accès chirurgical implique des plaies profondes ou ouvertes, l'utilisation de plusieurs composantes et d'un équipement plus substantiel et une intervention nettement plus longue. Les mesures de précaution standard en salle d'opération sont de mise.

(National Health and Medical Research Council, 2010; Association for Safe Aseptic Practice, 2015)





ANNEXE B : ÉTUDES DE CAS DU HIROC

Études de cas – stérilité et retraitement

Cas n° 1 – Peu de temps après une arthroplastie totale de la hanche sans incident, une patiente de 62 ans présente une rapide détérioration neurologique. Transférée à l'unité des soins intensifs, on lui a diagnostiqué une méningite à streptocoques aiguë. Conséquemment, la patiente a subi une lésion cérébrale avec une grave atteinte au lobe frontal. Selon l'enquête, la méningite a vraisemblablement été causée par l'emploi d'une technique aseptique défailante pendant l'anesthésie épidurale. Pendant l'induction de l'anesthésie, l'anesthésiologiste portait un masque et des gants, mais l'infirmière qui l'assistait avait préparé l'épidurale sans s'être lavé les mains au préalable. Elle ne portait ni gants ni blouse ni couvre-chef.

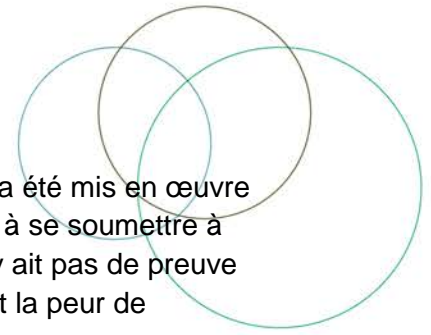
Cas n° 2 – Un certain nombre de patients ont été opérés avec des instruments qui n'ont pas été correctement stérilisés. Cet incident a été découvert une fois l'intervention chirurgicale terminée. Le personnel de la salle d'opération a vérifié les bandes indicatrices de stérilisation sur les emballages des instruments et a remarqué qu'elles n'avaient pas changé de couleur comme elles auraient dû le faire. Un examen de l'incident a révélé que le stérilisateur n'avait pas atteint la température appropriée au cours du cycle de stérilisation. Il a également été établi que le personnel responsable de la stérilisation des instruments n'était pas suffisamment formé, que le personnel de la salle d'opération ne vérifiait pas régulièrement les bandes indicatrices pour s'assurer que les instruments avaient été correctement stérilisés.

Cas n° 3 – Un certain nombre de plateaux d'instruments utilisés au département d'obstétrique de l'hôpital n'avaient pas été retraités avant d'être utilisés. Les instruments avaient été lavés, nettoyés et désinfectés à la chaleur dans la laveuse automatique, mais n'avaient pas été stérilisés, le témoin de l'autoclave n'ayant pas changé de couleur. L'équipement non stérile a été utilisé pendant les accouchements vaginaux et les réparations d'épisiotomie affectant potentiellement 20 patientes et 20 nourrissons. Ce fait a été divulgué. Un spécialiste des maladies infectieuses a suggéré à toutes les patientes de se soumettre à des tests sanguins et à recevoir une médication en prophylaxie même si le risque d'infection était faible.

Cas n° 4 – Les instruments utilisés lors d'une intervention orthopédique n'avaient pas été correctement stérilisés avant d'être utilisés sur un autre patient subissant une intervention chirurgicale à la colonne vertébrale. L'instrument avait été nettoyé et placé dans un stérilisateur pour une brève période, mais l'indicateur de ce dernier n'avait pas été vérifié; on a découvert par la suite que le cycle de stérilisation n'avait pas été enclenché. La divulgation a été faite trois jours après l'événement. Il a été conseillé au patient de se soumettre à des tests sanguins et de recevoir une médication en prophylaxie.

Cas n° 5 – Le cas concerne trois appareils utilisés pour nettoyer les endoscopes. Le fabricant nécessite à la fois du désinfectant et du détergent. Lorsque les appareils ont eu besoin d'un retraitement chimique, le technicien a versé deux contenants de détergent (au lieu d'un de détergent et un de désinfectant). L'erreur a été détectée neuf jours plus tard exposant vraisemblablement plus de 150 patients. Étant donné la nécessité d'une divulgation à grande





échelle, les services d'un conseiller juridique ont été sollicités; un processus a été mis en œuvre pour aviser immédiatement les patients exposés. Les patients ont été invités à se soumettre à des tests sanguins et à recevoir une médication en prophylaxie. Bien qu'il n'y ait pas de preuve de séroconversion, les patients ont intenté une poursuite judiciaire, invoquant la peur de contracter la maladie et le stress qui y est associé.

(HIROC, 2012)

Études de cas : Mauvaise intervention ou intervention pratiquée sur le mauvais patient ou le mauvais site

Cas n° 1 – À l'hôpital, le mauvais bébé a été circoncis, un incident malheureux aggravé par le fait que la circoncision allait à l'encontre des croyances religieuses de la famille. Après examen du cas, il a été constaté que le formulaire de consentement figurait dans le dossier médical d'un autre bébé. Non seulement l'infirmière et le médecin n'ont pas vérifié l'identité du bébé avant l'intervention, mais le médecin n'avait pas obtenu le consentement des parents. La politique de l'hôpital prévoyait alors la vérification de deux identificateurs de patient; or, aucun temps d'arrêt n'avait été observé au centre de naissance. La responsabilité a été imputée aux membres de l'équipe soignante impliqués dans l'intervention.

Cas n° 2 – Un patient devait subir une arthroscopie du genou droit. Une incision a été pratiquée au genou gauche avant qu'on ne découvre l'erreur. Une fois l'erreur reconnue, il a été décidé d'effectuer l'intervention sur les deux genoux parce qu'il y avait aussi des dommages au genou gauche. Le patient a été confiné dans un fauteuil roulant pendant plusieurs semaines et la période allouée à la physiothérapie a dû être prolongée. Une infection au genou gauche a retardé le rétablissement du patient. Même si le chirurgien a marqué le bon genou et que le patient avait consenti à l'intervention au genou droit, l'examen du cas a révélé qu'un garrot avait été posé au mauvais genou. De plus, la liste de vérification pour une chirurgie sécuritaire en trois phases n'a pas été consultée dans son intégralité.

(HIROC, 2016)

Études de cas : interventions inutiles ou désuètes

Cas n° 1 – Au fil des ans, un certain nombre de patientes ont exprimé leur inquiétude concernant les interventions pratiquées par un chirurgien. Selon certaines allégations, l'établissement n'a pas surveillé les pratiques du chirurgien en question, continuant à lui accorder des privilèges malgré des plaintes et des réclamations consécutives à des hystérectomies et des ovariectomies inutiles entraînant la perte de la capacité reproductive. En prêtant attention à la pratique de ce chirurgien, les experts ont noté que ce dernier avait tendance à pratiquer des interventions chirurgicales qu'un confrère prudent aurait évitées pour privilégier un traitement médical, voire l'absence de traitement. Plusieurs poursuites judiciaires, y compris des recours collectifs, ont été intentées.

Cas n° 2 – Les responsables du programme chirurgical d'un hôpital avaient remarqué une augmentation du nombre d'interventions gynécologiques effectuées par un chirurgien au cours d'une période de trois ans. Un examen interne a soulevé un certain nombre d'interrogations. Ne connaissant pas bien l'intervention, le directeur du département a demandé à des experts



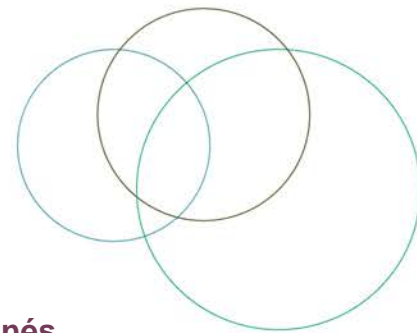
RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Accidents graves sélectionnés

externes de l'aider à en déterminer la pertinence. L'examen a fait valoir que l'intervention en question était jugée « inacceptable » depuis plus de 10 ans. Compte tenu des conclusions, les privilèges du chirurgien n'ont pas été renouvelés. La divulgation de ce fait a été faite aux patients. L'hôpital ne disposait pas à l'époque d'un système de détection proactive de la pratique par un chirurgien d'une intervention désuète. Plusieurs recours collectifs ont été intentés.

(HIROC, 2016)



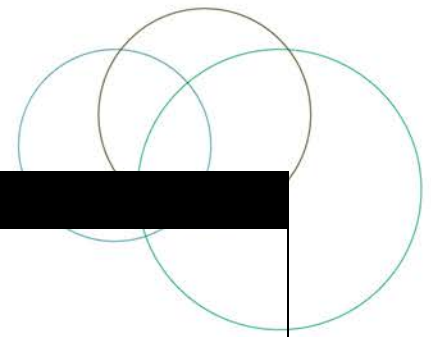


ANNEXE C

Organisation de normes en santé (ONS) Normes pertinentes aux accidents graves sélectionnés

Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>Technique d'asepsie : Tous les prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, professionnels de la santé alliés, étudiants, bénévoles et autres) ont la responsabilité de se conformer aux pratiques courantes (hygiène des mains, utilisation de gants, emploi d'une technique d'asepsie, etc.) et de signaler avec tact toute infraction aux personnes qui les commettent. Personne n'est exempté de se conformer aux pratiques courantes. (ASPC, 2012)</p>	<p>Norme PCI : Section 4.0 – Les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections sont maintenues conformément aux règlements applicables, aux données probantes, aux pratiques exemplaires, ainsi qu'aux priorités organisationnelles.</p>
<p>Principes de base et mesures de protection de l'ANTT (The-ASAP, 2015) Principes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. L'asepsie est l'objectif de toute procédure clinique invasive. La maintenance et l'utilisation de dispositifs cliniques invasifs (employés tant dans les interventions chirurgicales que dans les soins communautaires ») sont visées par l'asepsie. 8. L'asepsie est obtenue en protégeant les principales parties et les principaux sites contre les microorganismes véhiculés par les prestataires de soins de santé et l'environnement immédiat. 9. L'ANTT doit être à la fois efficace et sécuritaire; c'est pourquoi la version <i>Surgical-ANTT</i> est utilisée pour les interventions complexes et la version <i>Standard-ANTT</i> pour les interventions qui ne le sont pas (veuillez vous référer à l'annexe A pour une description détaillée). 10. Le choix de la version, <i>Surgical</i> ou <i>Standard-ANTT</i>, dépend de l'évaluation du risque ANTT, lequel est basé sur la difficulté technique de réaliser l'asepsie 	<p>Norme d'excellence du service : Section 3.0 – Les membres de l'équipe sont qualifiés et possèdent les compétences pertinentes.</p> <p>Norme des services peropératoires : Section 8.0 – L'équipement, les appareils et les fournitures nécessaires à l'intervention ont été vérifiés.</p>





Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>(consultez l'annexe A pour de plus amples renseignements).</p> <p>11. La pratique d'asepsie devrait être normalisée.</p> <p>12. Une technique d'asepsie sécuritaire repose sur plusieurs variables : la bonne formation des prestataires de soins de santé, des environnements et des équipements adaptés à l'usage auquel ils sont destinés.</p>	
<p>Mesures de protection :</p> <p>4. Les précautions de base contre les infections (les contrôles environnementaux, le lavage des mains et la désinfection des appareils médicaux) réduisent considérablement le risque de contamination des principales composantes et des sites clés.</p>	<p>Norme PCI : Section 8.0 – Une stratégie d'hygiène des mains est en vigueur.</p> <p>Norme des services peropératoires : Section 10.0 – Les médicaments sont administrés de façon sécuritaire sur le champ stérile.</p> <p>Section 12 – Des mesures sont prises pour prévenir et minimiser les infections.</p>
<p>Stérilisation de l'équipement et des instruments médicaux et chirurgicaux</p> <p>Chaque personne impliquée dans la manutention de tout instrument chirurgical ou de toute pièce d'équipement médical a la responsabilité de s'assurer tout au long du processus de soins qu'un retraitement efficace du matériel en question aura lieu.</p>	<p>Norme des services peropératoires : Section 2.0 – L'équipement chirurgical et les appareils médicaux peuvent être utilisés en toute sécurité.</p>
<p>La manière dont un dispositif sera retraité doit être prise en considération avant même son achat.</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 4.0 – Le retraitement de l'équipement est mis en place conformément aux spécifications des fabricants et aux directives d'installation.</p> <p>Norme PCI : Section 2.0 A – le recours à une approche collaborative pour appuyer le programme de prévention et de contrôle des infections.</p>





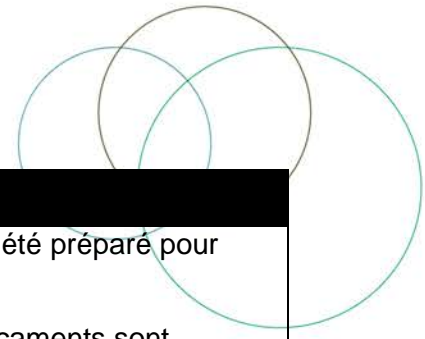
Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>Stérilisation de l'équipement et des instruments médicaux et chirurgicaux Chaque personne impliquée dans la manutention de tout instrument chirurgical ou de toute pièce d'équipement médical a la responsabilité de s'assurer tout au long du processus de soins qu'un retraitement efficace du matériel en question aura lieu.</p>	<p>Norme des services peropératoires : Section 2.0 L'équipement chirurgical et les appareils médicaux peuvent être utilisés en toute sécurité.</p>
<p>La manière dont un dispositif sera retraité doit être prise en considération avant même son achat.</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 4.0 – Le retraitement de l'équipement est mis en place conformément aux spécifications des fabricants et aux directives d'installation.</p> <p>Norme PCI : Section 2.0 A – le recours à une approche collaborative pour appuyer le programme de prévention et de contrôle des infections.</p>
<p>Le retraitement doit être effectué dans une zone centralisée (centre de retraitement des dispositifs médicaux – CRDM) par du personnel qualifié. Son processus doit intégrer des paramètres de surveillance et de contrôle de la qualité.</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 2.0 – Suffisamment de ressources sont allouées pour la prestation de services sécuritaires et de grande qualité.</p> <p>Section 5.0 – Les membres de l'équipe sont qualifiés et possèdent les compétences pertinentes.</p>
<p>L'équipement ou les appareils contaminés doivent être nettoyés, puis désinfectés ou stérilisés selon des procédures bien définies, fondées sur des normes reconnues et des pratiques exemplaires.</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 3.0 – Le service de retraitement des dispositifs médicaux (RDM), centralisé ou non, est organisé de sorte à privilégier le déroulement de travail unidirectionnel pour prévenir la contamination croisée.</p> <p>Section 5.0 – Les membres de l'équipe sont qualifiés et possèdent les compétences pertinentes.</p>





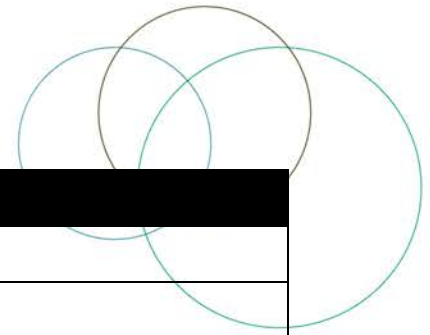
Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>Enfin, des observations devraient être faites au point d'utilisation pour vérifier que les indicateurs démontrent bel et bien qu'une stérilisation efficace a eu lieu. Tous ces éléments doivent être présents pour en assurer la réussite.</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 9.0 – Les dispositifs médicaux sont retraités selon la classification de Spaulding et les directives des fabricants.</p>
<p>Le retraitement efficace de l'équipement et des dispositifs médicaux est un processus qui comporte de nombreux éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personnel formé</i> • <i>Politiques et procédures écrites</i> 	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 15.0 – Les données des indicateurs sont recueillies pour mieux guider les activités d'amélioration de la qualité.</p>
<p>Surveillance de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesures en cas de panne d'équipement</i> • <i>Observation au point d'utilisation</i> • <i>Achat d'équipement</i> • <i>Retraitement centralisé</i> <p>(Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et coll., 2013).</p>	<p>Norme de retraitement des dispositifs et instruments médicaux réutilisables : Section 7.0 – Des politiques et des procédures d'utilisation normalisées (SOP) pour les services de retraitement des instruments médicaux sont développées, mises à jour et évaluées.</p> <p>Section 8.0 – Vérification du respect des exigences en matière de santé et de sécurité au travail, de prévention et de contrôle des infections pour assurer la sécurité des membres de l'équipe dans la zone de retraitement.</p>
<p>Prévention d'une intervention inappropriée :</p> <p>4. Mise en œuvre de la liste de vérification pour une chirurgie sécuritaire; une communication et un travail d'équipe efficaces sont essentiels à l'amélioration de la sécurité des soins chirurgicaux. Outil propre aux soins chirurgicaux, la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire de l'ICSP est destinée à améliorer la communication et le travail d'équipe.</p> <p>Les équipes chirurgicales peuvent utiliser la liste de vérification pour améliorer le travail d'équipe et communiquer les informations prioritaires sur les soins tout au long du cheminement chirurgical du patient.</p>	<p>Norme des services peropératoires : Section 9.0 – Le client a été préparé pour l'intervention.</p>
<p>Mise en œuvre du protocole universel pour la</p>	<p>Norme des services peropératoires :</p>





Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>prévention des mauvaises interventions et des interventions pratiquées sur le mauvais site ou sur le mauvais patient^{MC} (Joint Commission, 2012).</p> <p>Effectuez un processus de vérification avant toute intervention. Considérez les renseignements manquants ou les divergences avant de commencer toute intervention.</p> <p>Vérifiez qu'il s'agit de la bonne intervention, sur le bon patient, au bon endroit;</p> <p>Si possible, faites participer le patient au processus de vérification.</p> <p>Déterminez les articles qui doivent être disponibles durant l'intervention;</p> <p>Utilisez une liste normalisée pour vérifier la disponibilité des articles pour l'intervention (il n'est pas nécessaire de documenter l'utilisation de la liste pour chacun des patients). Elle doit comprendre au minimum les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La documentation pertinente p. ex., antécédents personnels et évaluation physique, formulaire de consentement signé, évaluation pré anesthésie; • Les résultats des tests diagnostiques et radiologiques étiquetés et affichés correctement. p. ex., examens radiologiques et de tomodensitométrie, rapports de pathologie, résultats de biopsie. • Tout produit sanguin, implant, dispositif ou équipement spécial requis. <p>Faites correspondre les articles qui doivent être disponibles dans la zone d'intervention au patient devant subir l'intervention.</p> <p>Marquez le site d'intervention. Au minimum, marquez le site lorsque l'intervention est pratiquée à plus d'un endroit sur le corps et lorsque l'exécution de l'intervention à un autre</p>	<p>Section 9.0 – Le client a été préparé pour l'intervention.</p> <p>Section 11.0 – Les médicaments sont administrés de façon sécuritaire sur le champ stérile.</p>





Données probantes de l'ICSP	Critères de l'ONS
<p>endroit pourrait nuire au patient.</p> <p>Marquez un temps d'arrêt. L'intervention n'est pas amorcée tant que toutes les questions ou les points en suspens n'ont pas été traités.</p> <p>Marquez un temps d'arrêt immédiatement avant de commencer l'intervention invasive ou de faire l'incision.</p> <p>Un membre désigné de l'équipe annonce le temps d'arrêt.</p> <p>Le temps d'arrêt est normalisé.</p> <p>Le temps d'arrêt implique les membres directs de l'équipe d'intervention : la personne qui pratique l'intervention, celles qui s'occupent de l'anesthésie, l'infirmière de salle d'opération en service externe, le technicien de la salle d'opération et tout autre personne prenant part à l'intervention dès le début.</p> <p>Tous les membres concernés de l'équipe d'intervention chirurgicale communiquent activement pendant le temps d'arrêt.</p> <p>Pendant le temps d'arrêt, les membres de l'équipe s'accordent au minimum sur les trois éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identité du patient; • Le site à opérer; • L'intervention à effectuer. <p>Lorsque le patient subit deux interventions ou plus, un temps d'arrêt doit être observé avant le début de chaque intervention d'autant plus s'il y a un changement de personne responsable de l'intervention.</p> <p>Documentez la fin du temps d'arrêt. C'est à l'organisation de déterminer la quantité et le type de documentation.</p>	<p>14 Norme des services peropératoires : Section 9.0 – Le client a été préparé pour l'intervention.</p>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Accidents graves sélectionnés

Organisation de normes en santé (ONS). *HSO 4001:2015 – Prévention des infections*. Toronto (Ontario) : HSO; 2015. <https://healthstandards.org/fr/norme/prevention-des-infections/>

HSO. *HSO 11009:2015 – Services périopératoires et les interventions effractives*. Toronto (Ontario) : HSO; 2015. <https://healthstandards.org/fr/norme/services-perioperatoires-et-les-interventions-effractives/>

HSO. *HSO 11011:2015 – Retraitement et stérilisation des appareils et instruments médicaux réutilisables*. Toronto (Ontario) : HSO; 2015. <https://healthstandards.org/fr/norme/retraitement-et-sterilisation-des-appareils-et-instruments-medicaux-reutilisables/>

