



**Le 14 août 2007**

## **Le point sur la sécurité des patients au Canada**

### **Introduction**

En matière de prestation de soins de santé sécuritaires, il s'agit d'accomplir le bon geste au bon moment. En effet, le secteur des soins de santé est complexe, où les erreurs peuvent causer des dommages, voire le décès. Généralement, les mesures de protection sont efficaces. Cependant, chaque couche de défenses — telles que des mises en garde, des procédures normalisées et des professionnels de la santé dotés d'une solide formation — comporte des faiblesses<sup>1</sup>. Ainsi, si plusieurs défaillances surviennent dans le système, des erreurs qui auraient habituellement pu être détectées se glissent. De telles situations sont souvent lourdes de conséquences, tant à l'échelle humaine que du système de santé.

Il est essentiel d'évaluer les initiatives en matière de sécurité des patients et les événements indésirables lorsqu'on suit de près l'évolution de ces initiatives, ainsi que pour faciliter le dépistage des problèmes et des aspects susceptibles d'être améliorés. Les indicateurs de la sécurité des patients ont déjà joué un rôle important dans la description de la sécurité des patients au Canada. En effet, ils ont permis de mettre en évidence des écarts importants quant au risque de différents types d'événements indésirables et des écarts quant au risque des effets selon le groupe de patients. Aussi, est-il utile de comprendre les défis et de pouvoir mesurer les améliorations pour gérer et réduire le risque d'événements indésirables.

Axée sur les résultats d'enquêtes récentes et sur plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, la présente Analyse en bref fournit de l'information à jour autant sur ce que nous savons que sur ce que nous ignorons en matière de sécurité des patients au Canada.

## Qu'est-ce que la sécurité des patients?

On définit la sécurité des patients comme « la réduction et l'atténuation des effets des actes dangereux posés dans le système de santé, et l'utilisation de pratiques exemplaires qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients<sup>2</sup> ». Une des approches de l'évaluation de la sécurité des patients consiste à examiner le risque d'événements indésirables, c'est-à-dire « d'incidents indésirables et non planifiés directement associés aux soins ou aux services dispensés à un patient ou à un client dans le système de santé<sup>2</sup> ». Bien que certains risques soient inévitables selon la base de connaissances actuelles, il existe de plus en plus de données probantes sur les mesures efficaces de réduction du risque.

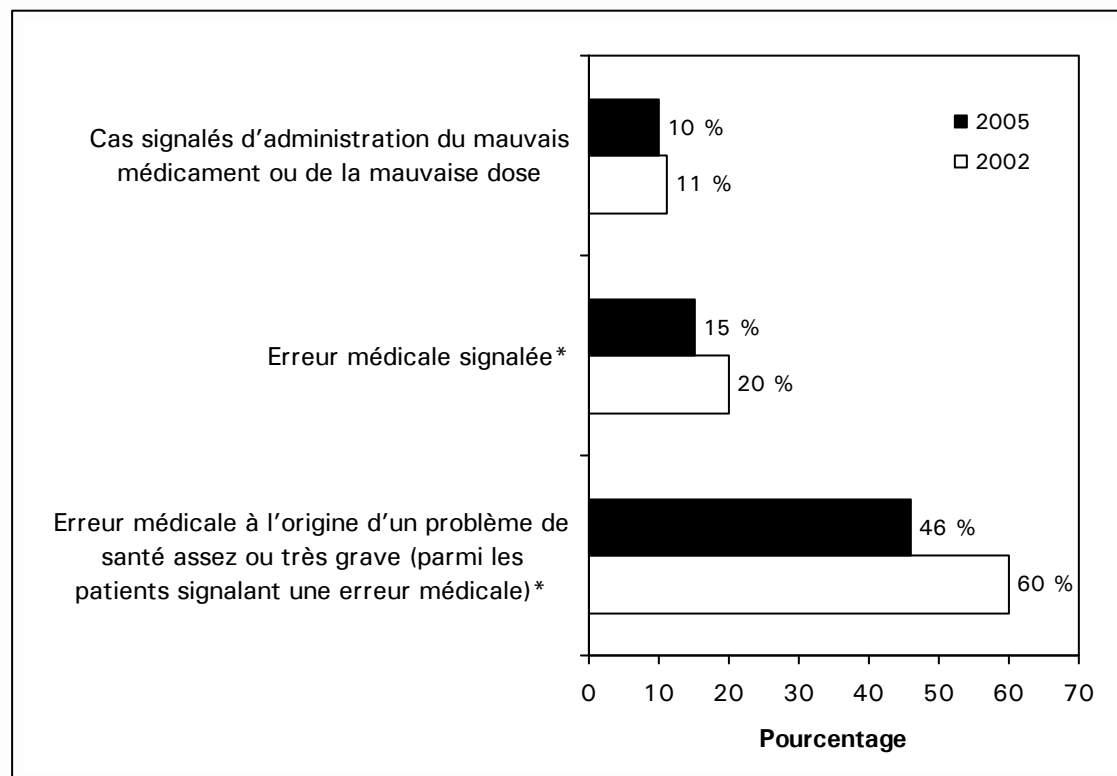
Des progrès ont été réalisés dans plusieurs secteurs. Par exemple, l'anesthésie est beaucoup plus sûre qu'auparavant. En effet, il arrivait que des erreurs se produisent parce qu'un tube d'oxygène était inséré par erreur dans l'œsophage plutôt que dans la trachée. De même, il était assez facile d'interchanger les bouteilles d'oxyde d'azote et d'oxygène. Toutefois, grâce à l'examen de ces erreurs et d'autres erreurs, à l'amélioration des interventions et de la conception du système, à la mise en place de normes de pratique ainsi qu'à l'enrichissement des programmes de formation, l'anesthésie est devenue plus sûre<sup>3</sup>. Les gens tirent parti de ces succès et d'autres à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale.

Il reste néanmoins des défis importants à relever. La toute première étude canadienne sur les événements indésirables<sup>4</sup> estime qu'en 2000, un patient adulte recevant des soins médicaux ou chirurgicaux sur treize admis dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada a eu d'un événement indésirable. Peu après la publication de cette étude, le rapport *Les soins de santé au Canada, 2004*<sup>5</sup>, de l'Institut canadien de l'information de la santé (ICIS), apportait de l'information supplémentaire sur la fréquence de différents types d'événements indésirables au pays. De même, dans un sondage mené en 2006, environ trois quarts des gestionnaires du système de santé et des infirmières déclaraient qu'il était probable qu'ils aient eu d'une erreur médicale grave s'ils étaient traités dans un hôpital canadien. Trois Canadiens interrogés sur cinq ont répondu dans le même sens<sup>6</sup>.

## Qu'ont à dire les patients et les dispensateurs de soins au sujet de la sécurité des patients?

Les enquêtes menées auprès des patients et des dispensateurs de soins constituent une source importante de renseignements pour approfondir notre compréhension de la sécurité des patients. Par exemple, une enquête internationale menée récemment par le Fonds du Commonwealth<sup>7</sup> auprès d'adultes aux prises avec des problèmes de santé a révélé qu'environ 10 % des répondants canadiens ont signalé avoir reçu le mauvais médicament ou la mauvaise dose d'un dispensateur de soins au cours des deux années précédentes. Par ailleurs, 15 % des répondants ont déclaré avoir eu une erreur médicale au cours de leur traitement et, de ce pourcentage, près de la moitié ont indiqué que l'erreur médicale leur a causé un problème de santé très grave ou assez grave. Toutefois, comme l'illustre la figure 1, certains aspects de la situation semble s'améliorer depuis 2002.

**Figure 1. Pourcentage des adultes canadiens aux prises avec des problèmes de santé signalant avoir eu un événement au cours des deux années précédentes**

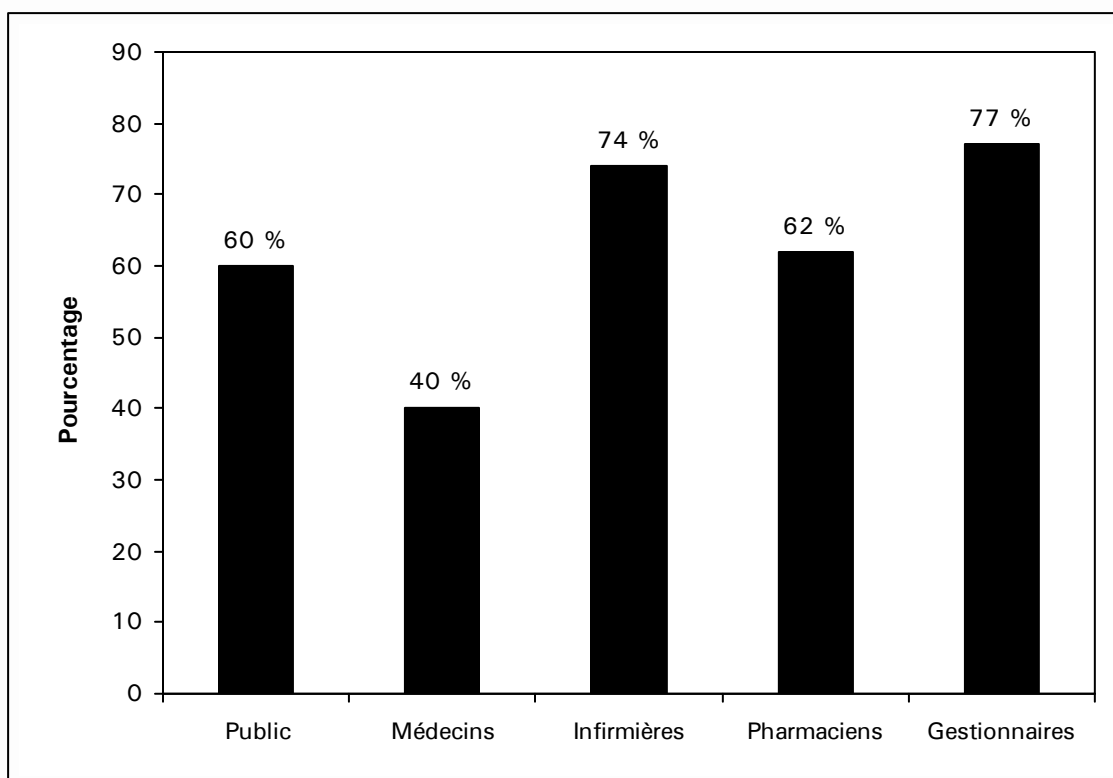


**Remarque :** \*Différence statistiquement significative entre les résultats des enquêtes de 2002 et de 2005.

**Source :** Enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2002<sup>8</sup> de 2005<sup>7</sup> sur les politiques sanitaires menée auprès d'adultes aux prises avec des problèmes de santé.

Récemment, les perceptions à l'égard de la sécurité des patients ont également été examinées dans le *Sondage sur les soins de santé au Canada 2006*<sup>6</sup>. Les résultats montrent que plus de la moitié des adultes interrogés croient être à risque d'être victimes d'une erreur médicale grave pendant un séjour dans un hôpital (figure 2). La proportion est plus élevée parmi les infirmières, les gestionnaires des soins de santé et les pharmaciens. Par opposition, les médecins sont les moins enclins à croire qu'une erreur médicale grave se produirait (l'écart entre les réponses des médecins par rapport aux autres groupes est statistiquement significatif).

**Figure 2. Pourcentage des dispensateurs de soins, des gestionnaires et du public estimant comme « probable » le risque d'être victimes d'une erreur médicale grave pendant leur séjour dans un hôpital canadien**



**Remarque :** Les données représentent le pourcentage des personnes interrogées ayant répondu « Oui », « Assez probable » ou « Très probable » à la question « Est-il probable que vous soyez victime d'une erreur médicale grave pendant que vous êtes traité dans un hôpital canadien<sup>6</sup> ».

**Source :** Sondage sur les soins de santé au Canada 2006.

Les enquêtes ont également permis d'interroger les répondants sur des questions plus précises concernant les erreurs de médicaments et les infections nosocomiales<sup>9, 10</sup>. Même si les questions posées et les périodes au cours desquelles les enquêtes ont été administrées différaient légèrement l'une de l'autre, les médecins de première ligne et le personnel infirmier étaient d'avis que les patients étaient plus susceptibles de contracter une infection nosocomiale dans les établissements de santé que de recevoir le mauvais médicament ou la mauvaise dose (tableau 1).

**Tableau 1. Perceptions des dispensateurs de soins à l'égard des événements indésirables**

Événements indésirables au cours des « 12 derniers mois »	Pourcentage
<b>Médecins de première ligne</b> indiquant que des patients ont reçu « souvent » ou « parfois » le mauvais médicament ou la mauvaise dose, ou ont eu des interactions médicamenteuses évitables (2006; n = 578)	8 %
<b>Médecins de première ligne</b> signalant que des patients ont contracté « souvent » ou « parfois » des infections lors de leur séjour à l'hôpital (2006; n = 578).	40 %
<b>Infirmières et infirmiers</b> répondant que des patients ont, occasionnellement ou fréquemment, reçu le mauvais médicament ou la mauvaise dose (2005; n = 18 676)	18 %
<b>Infirmières et infirmiers</b> déclarant que des patients ont, occasionnellement ou fréquemment, contracté une infection nosocomiale (2005; n = 18 676)	35 %

**Sources :** Enquête internationale de 2006 du Fonds du Commonwealth sur les politiques sanitaires menée auprès des médecins de première ligne<sup>9</sup> et Enquête nationale de 2005 sur le travail et la santé du personnel infirmier<sup>10</sup>.

## À quelle fréquence les événements indésirables surviennent-ils?

La plupart des Canadiens accédant aux services de soins de santé reçoivent des soins sécuritaires. Néanmoins, des erreurs, parfois évitables, parfois inévitables, se produisent. Nous avons eu recours à plusieurs sources de données afin de comparer la mesure dans laquelle varie le risque de différents types d'événements indésirables :

- En ce qui concerne les soins de courte durée aux patients hospitalisés, les données sur les hôpitaux ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de l'ICIS pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006. Les données sur les hôpitaux du Québec ont été exclues de tous les indicateurs en raison de différences dans le mode de collecte des données. Les données de 2003 de certaines régions du Manitoba ont également été exclues de certains indicateurs pour la même raison.

- Les données du Système d'information sur les soins de longue durée ont été utilisées afin de recueillir de l'information sur les chutes des pensionnaires des établissements de soins complexes de longue durée de l'Ontario en 2005-2006.

Ces sources de données nous ont permis d'évaluer la fréquence de plusieurs types d'événements indésirables, mais non de tous ceux dont sont victimes les patients au Canada. En complément de ces sources, nous avons également pris en compte les résultats d'enquêtes et d'autres données pour certains types d'événements que ne peuvent refléter ces sources de données.

Notre analyse montre que certains événements indésirables sont assez rares, tels ceux liés aux transfusions sanguines (tableau 2). D'autres, toutefois, sont plus fréquents. Parmi les événements indésirables examinés, ceux associés aux médicaments, aux infections et aux traumatismes obstétricaux au cours de l'accouchement sont les plus courants. Les événements indésirables moins fréquents sont les événements indésirables ou les événements mortels liés à des transfusions sanguines et à l'oubli d'un objet étranger, tel qu'une éponge ou un instrument chirurgical, dans le corps d'un patient après une intervention. Fait à noter, même si les incidents ne sont pas tous évitables, des études proposent des mesures pour en réduire la fréquence.

**Tableau 2. Nombre moyen de patients exposés à un événement indésirable au Canada, selon le type de l'événement**

Type d'événement	Nombre de patients exposés par événement	Année
Adultes contractant une infection nosocomiale au cours d'un séjour dans un hôpital de soins de courte durée.	1 sur 10	2002*
Adultes aux prises avec des problèmes de santé signalant recevoir le mauvais médicament ou la mauvaise dose.	1 sur 10	2005**
Enfants contractant une infection nosocomiale au cours d'un séjour dans un hôpital de soins de courte durée.	1 sur 12	2002***
Patients en médecine et en chirurgie victimes d'un événement indésirable dans un hôpital de soins de courte durée.	1 sur 13	2000†
Traumatismes obstétricaux pendant l'accouchement (accouchement vaginal).	1 sur 21	D'avril 2003 à mars 2006‡
Traumatisme à la naissance (lésion chez le nouveau-né).	1 sur 141	D'avril 2003 à mars 2006‡
Décès de patients recevant des soins médicaux ou chirurgicaux attribuables à des événements indésirables évitables dans un hôpital de soins de courte durée.	1 sur 152	2000†
Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde après l'admission.	1 sur 279	D'avril 2003 à mars 2006‡
Fracture de la hanche à l'hôpital de patients de 65 ans et plus.	1 sur 1 263	D'avril 2003 à mars 2006‡

# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Type d'événement	Nombre de patients exposés par événement	Année
Oubli d'un objet étranger dans le corps du patient après une intervention.	1 sur 2 998	D'avril 2003 à mars 2006 <sup>†</sup>
Événements indésirables liés à une transfusion sanguine.	1 sur 4 091	2003 <sup>§</sup>
Effets mortels certainement, probablement ou possiblement liés à une transfusion sanguine.	1 sur 87 863	2002 <sup>§</sup>

**Remarques :** Le tableau ci-dessus présente le nombre de personnes qui reçoivent des soins ou qui sont exposées à un risque, selon l'événement indésirable, pour certains indicateurs, à l'exception de ceux qui sont liés à la transfusion sanguine. Plus le nombre est élevé, moins le risque est élevé.

Les indicateurs liés à la **transfusion sanguine** comprennent le nombre de transfusions sanguines par événement indésirable. Plus le nombre est élevé, moins le risque est élevé.

#### Sources :

- \* D. Gravel, A. Matlow, M. Ofner-Agostini, M. Loeb, L. Johnston, E. Bryce, M. L. Sample, V. R. Roth, C. Goldman, G. Taylor et le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, « Point Prevalence Survey of Health Care—Associated Infections Within Canadian Adult Acute-Care Hospitals », *Journal of Hospital Infection*, vol. 66 (18 juin 2007), p. 243-248.
- \*\* Enquête internationale de 2005 du Fonds du Commonwealth sur les politiques sanitaires menée auprès d'adultes aux prises avec des problèmes de santé.
- \*\*\* D. Gravel, A. Matlow, M. Ofner-Agostini, M. Loeb, L. Johnston, E. Bryce, M. L. Sample, V. R. Roth, C. Goldman, G. Taylor et le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, « A Point Prevalence Survey of Health Care—Associated Infections in Pediatric Populations in Major Canadian Acute Care Hospitals », *American Journal of Infection Control*, vol. 35, n° 3 (avril 2007), p. 157-162.
- † G. R. Baker, P. G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox, E. Etchells, W. A. Ghali, P. Hébert, S. R. Majumdar, M. O'Beirne, L. Palacios-Derflinger, R. J. Reid, S. Sheps et R. Tamblyn, « The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11 (25 mai 2004), p. 1678-1686.
- ‡ Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006, ICIS.
- § Rapport du programme du Système de surveillance des incidents transfusionnels, Agence de santé publique du Canada, 2005.

## Quelle est la fréquence des événements indésirables au Canada?

Bien que les perceptions du public et des dispensateurs de soins offrent un vaste aperçu des progrès et des défis en matière de sécurité des patients au Canada, l'appréciation des taux de certains événements indésirables permet de cerner des stratégies mieux ciblées dans des secteurs où des améliorations sont indiquées.

### Traumatismes à la naissance — Lésions chez les nouveau-nés

Chaque année, plus de 250 000 bébés naissent dans les hôpitaux canadiens hors du Québec. L'accouchement est l'une des principales causes d'hospitalisation au pays. Il arrive malheureusement qu'au cours de l'accouchement, des nouveau-nés subissent des lésions du cuir chevelu, du système nerveux ou une fracture du crâne. Ces blessures sont appelées « traumatismes à la naissance ».

En moyenne, plus de 1 700 traumatismes à la naissance ont été signalés chaque année dans les hôpitaux canadiens hors du Québec au cours des exercices de 2003-2004 à 2005-2006. Autrement dit, sur 1 000 nouveau-nés vivants, environ 7 auront un traumatisme à la naissance<sup>i</sup>.

Bien que les cas de traumatismes à la naissance ne soient pas tous évitables, la compréhension et le suivi des facteurs de risque connus pourraient aider à les prévenir. Les études ont démontré que les facteurs de risque incluent le diabète, l'obésité, un petit bassin chez la mère, une grossesse prolongée, une présentation anormale du fœtus et le déclenchement de l'accouchement<sup>11</sup>. Des experts suggèrent qu'en posant un diagnostic précoce et en procédant à un examen approfondi pendant le travail, on pourrait peut-être réduire le risque de traumatismes chez les nouveau-nés. Ils avancent également qu'en examinant les risques potentiels ainsi que les avantages d'autres solutions de rechange lorsqu'un accouchement assisté difficile est prévu, on pourrait peut-être réduire le risque pour le nouveau-né<sup>12, 13, 14</sup>. On a par exemple découvert que les bébés nés par accouchement assisté, tel qu'au moyen de forceps ou de ventouse obstétricale, étaient six fois plus susceptibles de subir un traumatisme à la naissance que les bébés nés par accouchement non-assisté (différence statistiquement significative,  $p < 0,0001$ ).

Grâce aux directives de pratique clinique, telles celles élaborées par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)<sup>15</sup>, traitant des cas et du moment où l'accouchement assisté doit être pratiqué ou non, et à la prestation d'une formation appropriée sur ces techniques, les médecins peuvent prendre des décisions éclairées avec leurs patientes concernant les approches à adopter et le moment où elles doivent l'être, s'il y a lieu.

---

i. Les données du Québec ont été exclues de cet indicateur, car les données recueillies ne permettaient pas d'obtenir des résultats comparables.



Les bébés nés ainsi présentaient un risque moins élevé de traumatismes à la naissance que ceux nés par voie vaginale (risque relatif = 0,59, différence statistiquement significative :  $p < 0,0001$ ). Cependant, la césarienne comporte d'autres risques potentiels aussi bien pour la mère que pour le bébé.

Le traumatisme à la naissance prolonge également l'hospitalisation de la mère et du bébé. La durée moyenne du séjour des nouveau-nés qui ont eu ou non un traumatisme à la naissance est de 3,1 et de 2,2 jours respectivement, ce qui porte à croire que le séjour des bébés atteints d'un traumatisme à la naissance est plus long d'une journée en moyenne (différence statistiquement significative :  $p < 0,0001$ ).

## Traumatismes obstétricaux pendant l'accouchement

Les traumatismes obstétricaux, qui surviennent chez la mère pendant un accouchement par voie vaginale, comptent parmi les types d'événements indésirables les plus fréquemment signalés. Les lacérations périnéales de troisième et de quatrième degré ainsi que les lacérations du col de l'utérus, les lacérations de la paroi vaginale ainsi que les lésions de la vessie ou de l'urètre font partie des traumatismes obstétricaux. Ces derniers peuvent également être détectés si une réparation des lacérations obstétricales de l'utérus, du col de l'utérus, du corps utérin, de la vessie, de l'urètre, du rectum et du sphincter est pratiquée après l'accouchement.

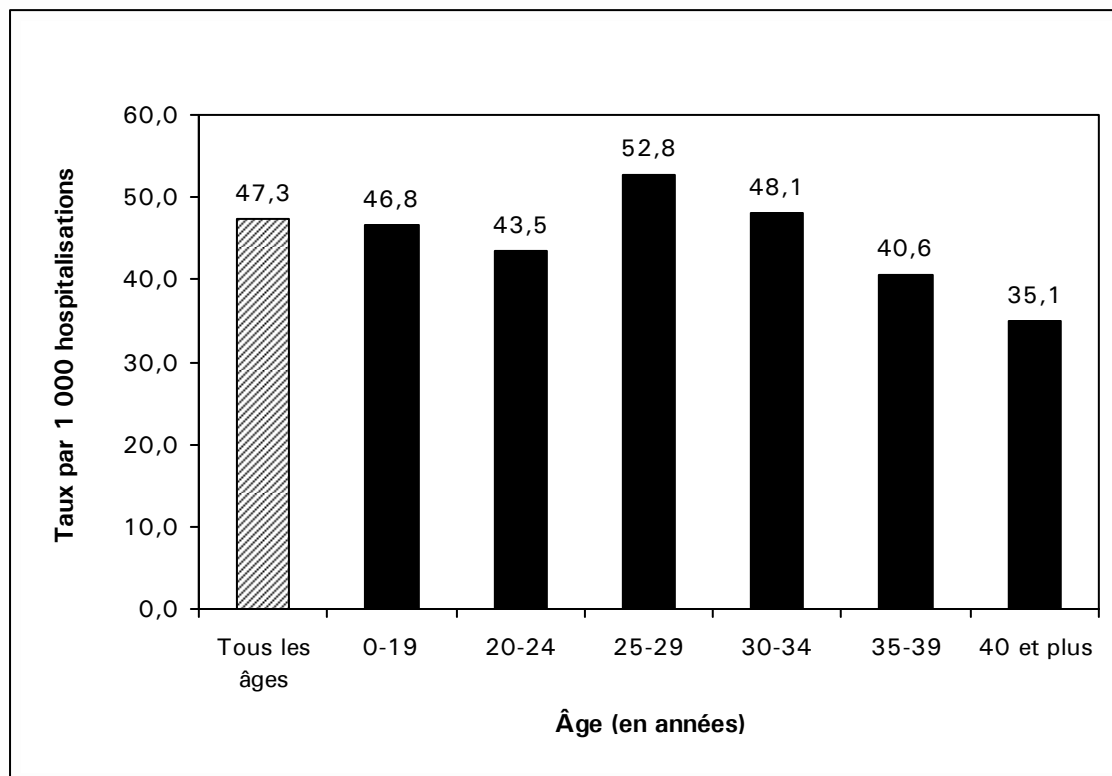
Au cours des exercices de 2003-2004 à 2005-2006, plus de 9 100 traumatismes obstétricaux (ou 47,3 sur 1 000 accouchements de bébés vivants par voie vaginale) ont été déclarés chaque année dans les hôpitaux canadiens hors du Québec<sup>ii</sup>.

Les femmes de 25 à 29 ans accusent le taux le plus élevé de traumatismes obstétricaux pendant l'accouchement (écart statistiquement significatif par rapport au deuxième taux en importance :  $p < 0,0001$ ), comme l'illustre la figure 3. Aussi, selon les données des trois années prises en compte dans la présente analyse, c'est également dans ce groupe d'âge qu'on compte le plus grand nombre d'accouchements par voie vaginale au Canada.

De façon générale, les mères qui subissent un traumatisme obstétrical séjournent souvent plus longtemps à l'hôpital (près d'une demi-journée de plus, en moyenne) que les autres. Même si les femmes de plus de 40 ans affichent les taux les plus faibles de traumatismes obstétricaux, elles séjournent généralement plus longtemps à l'hôpital, ce qui pourrait laisser croire que la période de rétablissement est plus longue chez les patientes de ce groupe d'âge. Toutefois, le rétablissement pour les traumatismes obstétricaux plus long de la mère pourrait également être attribuable aux complications du bébé ou autres facteurs qui prolongent le séjour de la mère à l'hôpital. Des études montrent que les mères plus âgées présentent un risque accru de naissance multiple ou de donner naissance à un bébé prématuré, de faible poids ou qui devra être admis aux soins intensifs néonataux<sup>16</sup>.

ii. Les données du Québec ont été exclues de cet indicateur, car les données recueillies ne permettaient pas d'obtenir des résultats comparables.

**Figure 3. Taux de traumatismes obstétricaux pendant l'accouchement par voie vaginale, selon le groupe d'âge**



Source : Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006, ICIS.

Il est essentiel de minimiser les traumatismes afin de réduire les désagréments pour les mères ainsi que le risque de conséquences à long terme. En effet, les traumatismes obstétricaux peuvent également entraîner des problèmes de santé subséquents tels que l'incontinence fécale, une fistule rectovaginale et un prolapsus utérin<sup>17, 18, 19</sup>. Certaines mères présentent un risque accru de traumatismes obstétricaux, notamment celles qui donnent naissance à un bébé de plus de quatre kilogrammes, celles dont la durée du travail est prolongée et sur laquelle il n'y a aucun contrôle ainsi que celles qui subissent une épisiotomie ou un accouchement assisté. Toutefois, il existe certaines stratégies permettant de réduire le risque de traumatismes obstétricaux. Des études suggèrent la réduction du nombre d'accouchements assistés (particulièrement au moyen de forceps), si possible, éviter l'épisiotomie lorsqu'approprié et positionner correctement la mère durant l'accouchement<sup>20, 21, 22</sup>.

Dans certains cas, des instruments tels que des forceps et une ventouse obstétricale doivent être utilisés pour faciliter l'extraction du fœtus lors de l'accouchement. De 2003-2004 à 2005-2006, environ 15 % des accouchements par voie vaginale au Canada hors du Québec ont été pratiqués en ayant recours à un instrument. Des complications potentielles attribuables à l'utilisation d'instruments pendant l'accouchement ont été observées, notamment des lacérations périnéales de troisième ou de quatrième degré, des lacérations cervicales et des hématomes vaginaux<sup>23</sup>. Toutefois, si ces instruments sont utilisés adéquatement, les risques de traumatisme peuvent être réduits chez les mères et leur bébé<sup>15</sup>. En respectant les directives développées par la SOGC, qui régissent la pratique ou non d'accouchement assisté, et grâce à une formation appropriée sur ces techniques, les médecins peuvent prendre des décisions éclairées avec leurs patientes concernant les méthodes pouvant être utilisées, s'il y a lieu.

## Oubli d'objets étrangers dans le corps du patient après une intervention

De 2003-2004 à 2005-2006, on a signalé, en moyenne, plus de 200 cas d'oubli d'objets étrangers tels que des éponges ou des instruments chirurgicaux dans le corps de patients après une intervention chirurgicale; environ trois sur 10 000 interventions pratiquées dans les hôpitaux du Canada<sup>iii</sup>.

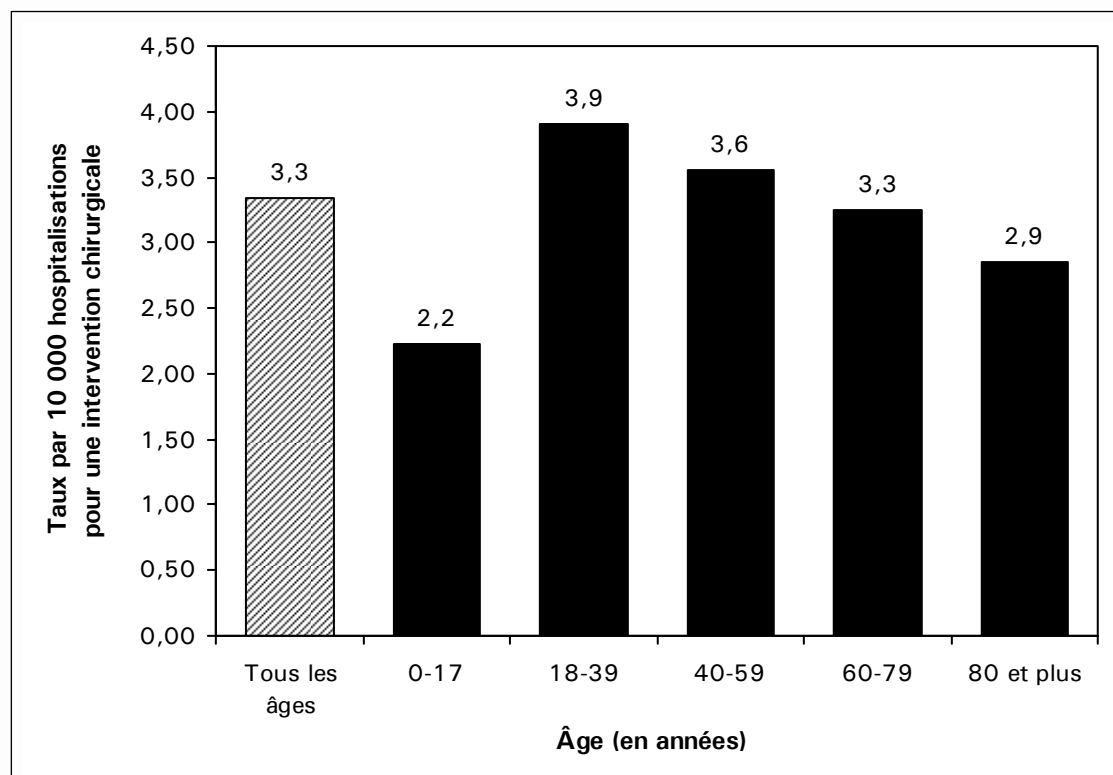
Bien que l'oubli d'objets étrangers après une intervention chirurgicale soit moins courant que d'autres indicateurs d'événements indésirables signalés et décrits dans la présente analyse, les experts suggèrent qu'il s'agit d'une des erreurs les plus évitables<sup>24</sup>. Parmi les stratégies de prévention établies, mentionnons le compte rigoureux des éponges et des instruments chirurgicaux, l'utilisation d'un sac placé sur le comptoir afin de veiller à ce que les éponges soient rangées en un seul endroit plutôt que jetées au hasard et une inspection plus vigilante de la cavité corporelle une fois l'intervention achevée. D'autres études montrent quelques avantages de techniques diagnostiques telles que la pose de marqueurs radio-opaques sur les éponges aux fins de radiographie afin d'éviter leur oubli dans le corps du patient, ou l'identification des éponges et des instruments chirurgicaux avec des codes-barres, très semblables à ceux qu'on trouve dans les épiceries, de sorte qu'ils puissent être consignés<sup>25, 26, 27</sup> lors de leur rangement et de leur utilisation subséquente.

---

iii. Les données du Québec et certaines données de 2003 du Manitoba ont été exclues de cet indicateur, car les données recueillies ne permettaient pas d'obtenir des résultats comparables. Par ailleurs, la définition de cet indicateur a considérablement changé de celle présentée dans *Les Soins de santé au Canada, 2004*. Seuls les patients en chirurgie ont été inclus dans le dénominateur alors qu'auparavant on avait inclus les patients qui reçoivent des soins chirurgicaux et médicaux. Par conséquent, les comparaisons avec des nombres antérieurs ne sont pas appropriées.

Les patients de 0 à 17 ans et moins présentent le risque le moins élevé d'oubli d'un objet étranger dans le corps après une intervention (bien que le risque ne soit pas significativement moins élevé que dans les deux groupes de patients les plus âgés) (figure 4), peut-être en raison des types d'interventions les plus fréquemment pratiquées dans ce groupe d'âge. En effet, les opérations chirurgicales du bec-de-lièvre ou de la fente palatine ainsi que les amygdalectomies et les adénoïdectomies, par exemple, représentent une plus grande partie des interventions pratiquées chez ce groupe d'âge par comparaison aux autres groupes d'âge. Ces interventions, par leur nature, entraînent peu de cas d'oubli d'objets étrangers dans le corps des patients. La recherche montre que les groupes à plus grand risque d'oubli d'objets étrangers après une intervention sont les patients obèses, les patients devant subir une intervention chirurgicale d'urgence ou qui ont connu un changement imprévu dans l'intervention chirurgicale ou encore les patients qui ont connu un changement du personnel infirmier ou de l'équipe chirurgicale au cours de l'intervention<sup>25, 26, 27</sup>.

**Figure 4. Taux d'oubli d'objets étrangers dans le corps du patient après une intervention, selon le groupe d'âge**



Source : Base de données sur les congés des patients, du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006, ICIS.

### Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde après l'admission

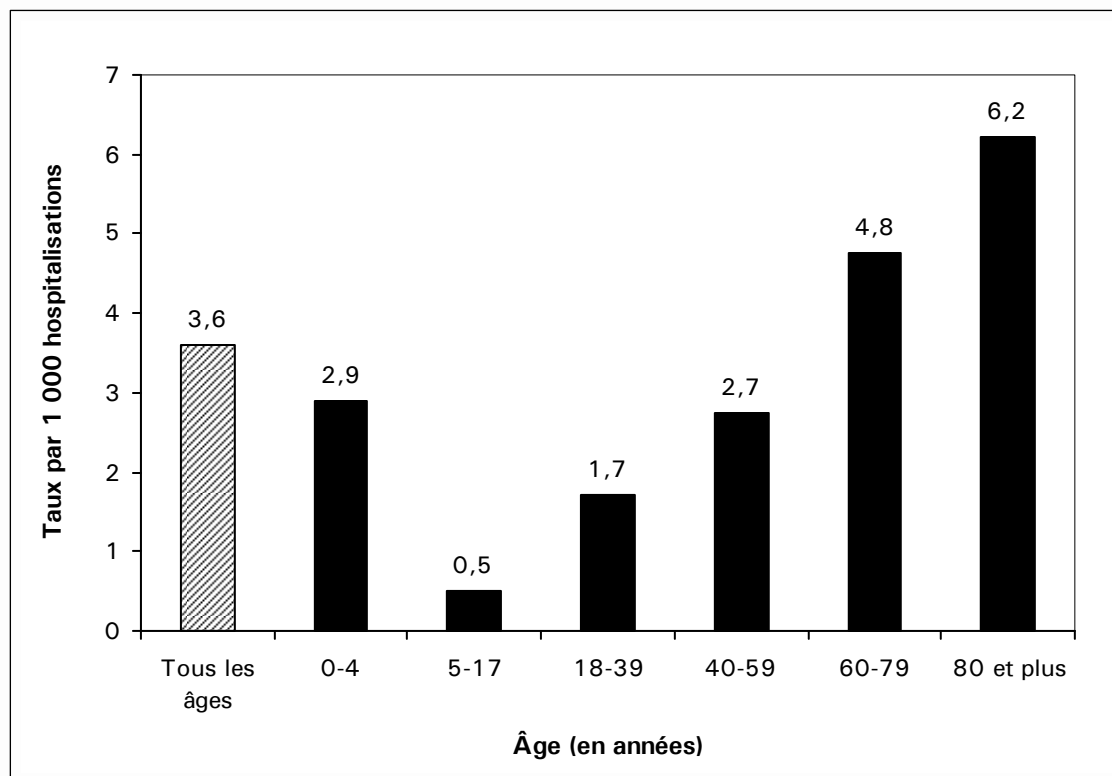
L'embolie pulmonaire survient lorsqu'un caillot sanguin, ou parfois une masse adipeuse ou un tissu, circule dans les veines jusqu'au poumon. Souvent, le caillot provient d'une veine de la jambe; il s'agit alors d'une thrombose veineuse profonde. Il peut être utile de consigner les cas d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde qui surviennent dans les hôpitaux de soins de courte durée, puisqu'il existe des stratégies pour réduire le risque de ces états. Des études suggèrent qu'une mobilisation précoce des patients après une intervention, comme la marche ou des exercices des jambes, le port de bas de contention élastiques ainsi qu'un traitement à l'aspirine, à la warfarine ou à l'héparine sont au nombre des stratégies permettant de réduire la probabilité de formation d'un caillot chez les patients alités<sup>28, 29, 30</sup>. Le suivi étroit des patients présentant des facteurs de risque connus tels qu'un alitement prolongé, la prise de contraceptifs oraux ou d'œstrogènes, un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque ainsi que des antécédents d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde pourrait également s'avérer dans la détection et le traitement précoces de ces états<sup>29, 30</sup>.

De façon générale, 3,6 patients sur 1 000 au Canada sont victimes d'une thrombose veineuse profonde ou d'une embolie pulmonaire après leur admission à l'hôpital<sup>iv</sup>. Le risque d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde après l'hospitalisation s'accroît généralement avec l'âge (figure 5). Toutefois, le taux d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde parmi les enfants de 0 à 4 ans est significativement plus élevé par comparaison aux enfants de 5 à 17 ans ( $p < 0,0001$ ). Les patients de 60 ans et plus présentent un risque significativement plus élevé d'être victimes d'une embolie pulmonaire ou d'une thrombose veineuse profonde que les patients plus jeunes ( $p < 0,0001$ ).

---

iv. Les données du Québec et certaines données de 2003 du Manitoba ont été exclues de cet indicateur, car les données recueillies ne permettaient pas d'obtenir des résultats comparables.

**Figure 5. Taux d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde après l'admission, selon le groupe d'âge**



Source : Base de données sur les congés des patients, du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006, ICIS.

## Chutes et fractures de la hanche à l'hôpital

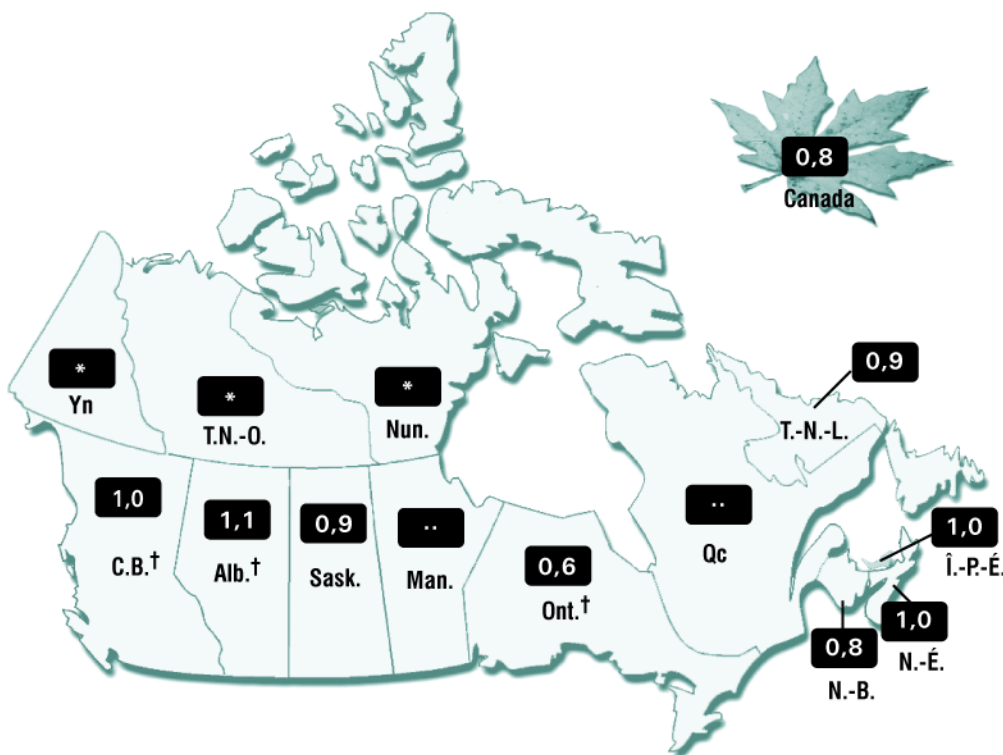
Si la plupart des chutes provoquant une fracture de la hanche ont lieu dans la collectivité, il n'en demeure pas moins qu'un nombre survient aussi dans les hôpitaux de soins de courte durée. En outre, les chutes se produisent également dans les hôpitaux de soins complexes de longue durée partout au pays.

Près d'une personne âgée sur 1 000 admise dans un hôpital de soins de courte durée s'est fracturée une hanche au cours de son séjour, ce qui représente plus d'un cas par jour<sup>v</sup>. La figure 6 montre que, dans l'ensemble, un patient de 65 ans ou plus sur 1 263 a souffert d'une fracture de la hanche après son admission à l'hôpital (0,8 par 1 000 habitants du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006)<sup>vi</sup>.

v. Pour obtenir les taux de fractures de la hanche à l'hôpital par région sanitaire, veuillez consulter le rapport *Indicateurs de santé 2007* au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

vi. Les données du Québec et du Manitoba ont été exclues de cet indicateur, car les données recueillies ne permettaient pas d'obtenir des résultats comparables.

**Figure 6. Taux de fractures de la hanche à l'hôpital chez les adultes de 65 ans et plus, selon la province**



**Remarques :**

\* Données supprimées.

† Statistiquement différent du taux moyen (Canada) ( $p \leq 0,05$ ).

.. Non disponible.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2006, ICIS.

Plusieurs stratégies ont été mises de l'avant afin de réduire le risque de chutes à l'hôpital. Certaines visent à identifier et à suivre de près les patients les plus à risque de chuter, notamment les plus vieux, les femmes, ceux ayant subi un accident vasculaire cérébral récemment ou qui prennent certains médicaments pouvant causer des étourdissements. D'autres mesures susceptibles de réduire les chutes causant une fracture de la hanche consistent à assurer une formation au personnel et un environnement physique sûr (par exemple, un éclairage adéquat, des rampes et des barres d'appui)<sup>31, 32</sup>.

Les chutes surviennent également dans d'autres établissements de santé. En 2005-2006, environ 8 % des pensionnaires à long terme résidant dans des établissements de soins complexes de longue durée de l'Ontario ont connu une chute pendant leur séjour<sup>33</sup>. Plusieurs facteurs de risque déterminants de chutes ont été cernés. Par exemple, les patients victimes d'une chute au cours du mois précédent étaient cinq fois plus susceptibles de subir une seconde chute que ceux qui n'en avaient pas subi au cours de cette période. La nécessité d'une supervision ou d'une aide physique pour les transferts ou la marche ainsi que l'âge avancé sont d'autres facteurs de risque de chute. La compréhension de ces facteurs de risque pourrait contribuer à réduire les chutes et les blessures.

## Favoriser une culture de la sécurité des patients

Les établissements de santé peuvent favoriser une culture de la sécurité des patients de nombreuses façons. Des experts avancent que l'instauration d'un système transparent et non punitif de déclaration des incidents liés à la sécurité des patients, incluant la haute direction et le conseil d'administration, sont des exemples de stratégies de haut niveau pouvant être mises en œuvre. Des interventions plus ciblées consistent, par exemple, en la mise en place de protocoles de lavage des mains afin de réduire les infections nosocomiales ainsi que le recours à un système de prescription et de mises en garde concernant les médicaments afin de réduire la fréquence des erreurs de médicaments.

## Prévention des erreurs de médicaments

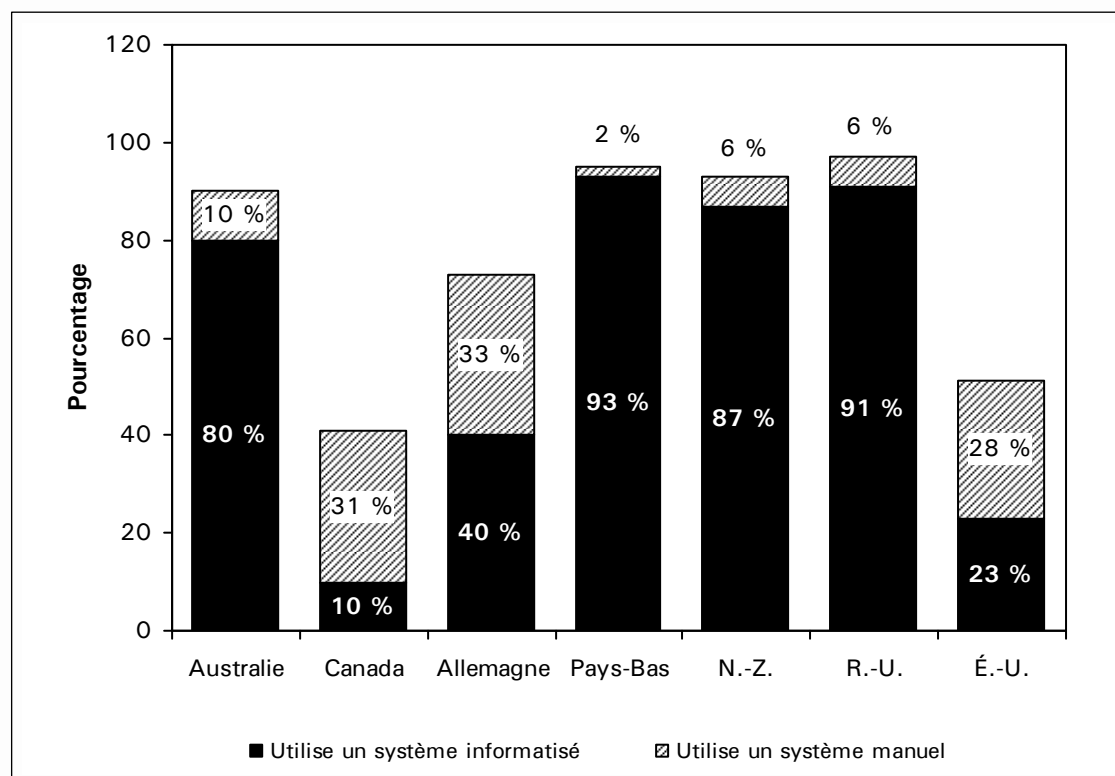
L'innocuité des médicaments préoccupe de plus en plus<sup>34</sup>. Toutefois, 72 % des médecins de première ligne au Canada ont déclaré qu'il était assez difficile ou très difficile de produire des listes de tous les médicaments pris par chaque patient, y compris ceux prescrits par d'autres médecins<sup>9</sup>.

L'Institute for Healthcare Improvement suggère qu'une des principales mesures que peut prendre un établissement de santé pour améliorer l'innocuité des médicaments est de réduire le risque d'événements indésirables des médicaments<sup>35</sup>. Une des approches recommandées par certains pour y parvenir est d'avoir recours à un système automatisé de mises en garde informant sur les risques d'interactions médicamenteuses ou sur les problèmes liés aux doses. Bien que certains médecins de première ligne au Canada aient recours à des systèmes informatisés de mises en garde sur les risques d'interactions médicamenteuses ou les problèmes liés aux doses, par comparaison à d'autres pays participant à l'enquête internationale sur les politiques sanitaires auprès des médecins de première ligne, les médecins canadiens avaient moins recours à ce type de systèmes. Tandis que 10 % des médecins canadiens de première ligne ont indiqué utiliser un tel système, 93 %, 91 % et 87 % de leurs homologues aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande respectivement ont signalé y avoir recours (figure 7)<sup>9</sup>.



Une analyse récente fait valoir que la prescription électronique pourrait également réduire le nombre d'erreurs de prescription<sup>36</sup>. Toutefois, il a été signalé qu'uniquement 11 % des médecins de première ligne au Canada ont recours à la prescription électronique, le taux le moins élevé de tous les pays interrogés<sup>9</sup>. Les Pays-Bas et l'Australie ont tous deux affiché un pourcentage supérieur à 80 %, puisque 85 % et 81 % respectivement de leurs médecins ont eu recours à la prescription électronique. Un autre moyen qui a été suggéré pour la réduction des événements indésirables liés aux médicaments consiste en l'adoption d'un bilan comparatif des médicaments, un processus formel de création d'une liste de tous les médicaments pris par le patient lorsqu'il est admis à l'hôpital, que l'on utilise lorsqu'on prescrit de nouveaux médicaments<sup>37</sup>.

**Figure 7. Médecins recevant des mises en garde concernant les risques potentiels liés à la dose des médicaments ou aux interactions médicamenteuses**



**Source :** Enquête internationale de 2006 du Fonds du Commonwealth sur les politiques sanitaires menée auprès des médecins de première ligne<sup>9</sup>.

## Déclaration des incidents liés à la sécurité des patients

Selon les experts, l'ouverture à la déclaration sur la sécurité des patients et la promotion de celle-ci sont essentielles pour comprendre et améliorer la sécurité des patients. Près de la moitié des directeurs d'hôpitaux canadiens interrogés en 2003 ont affirmé que leur hôpital dispose d'une politique écrite de divulgation des erreurs médicales évitables à l'intention des patients et de leur famille. En revanche, en 2006, près de trois médecins de première ligne sur cinq ont déclaré qu'il n'existe aucun processus établi d'analyse et de suivi des événements indésirables (tableau 3).

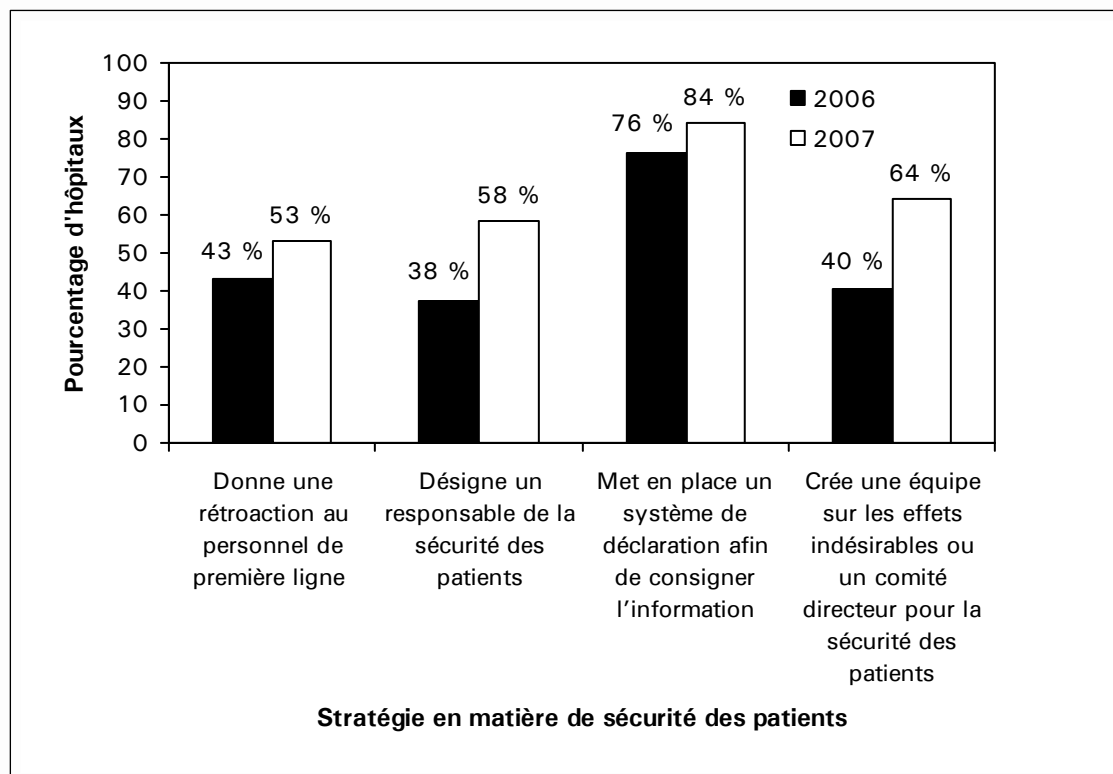
**Tableau 3. Perceptions des dispensateurs de soins à l'égard de la déclaration sur la sécurité des patients**

Question de l'enquête	Pourcentage
<b>Directeurs d'hôpitaux</b> indiquant que leur hôpital dispose d'une politique écrite de divulgation des erreurs médicales évitables aux patients et à leur famille (2003; n = 102).	47 %
<b>Directeurs d'hôpitaux</b> indiquant que les médecins sont très ou assez favorables envers un système de déclaration des erreurs (2003; n = 102).	80 %
<b>Médecins de première ligne</b> signalant qu' <u>aucun</u> processus (écrit) d'analyse et de suivi des événements indésirables n'est en place (2006; n = 578).	58 %
<b>Médecins de première ligne</b> signalant qu' <u>aucun</u> processus de dépistage et de prévention des erreurs médicales n'est en place (2006; n = 578).	48 %

**Source :** Enquête internationale de 2003<sup>38, 39</sup> et de 2006 du Fonds du Commonwealth sur les politiques sanitaires menée auprès des directeurs d'hôpitaux et des médecins de première ligne<sup>9</sup> respectivement.

Les sondages envoyés aux directeurs d'hôpitaux de l'Ontario et résumés dans le *Rapport sur les hôpitaux 2007 : Soins de courte durée* font le suivi des stratégies mises en œuvre pour renforcer la sécurité des patients. Par exemple, comme l'illustre la figure 8, un peu plus de la moitié des hôpitaux ont indiqué fournir un compte rendu sur les questions touchant la sécurité des patients au personnel de première ligne (53 %) et avoir un responsable de la sécurité des patients (58 %) en 2007, contre 43 % et 38 % respectivement l'année précédente. On a également enregistré une augmentation du nombre d'hôpitaux mettant en place un système de déclaration sur la sécurité des patients (76 % en 2006; 84 % en 2007) et des équipes sur les événements indésirables ou un comité directeur pour la sécurité des patients (40 % en 2006; 64 % en 2007).

**Figure 8. Pourcentage des hôpitaux ontariens mettant en œuvre des stratégies sur la sécurité des patients**



Source : Rapport sur les hôpitaux 2007, Enquête sur l'intégration et le changement du système des soins de courte durée, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

## Ce que nous savons

Les résultats présentés dans l'Analyse en bref révèlent que malgré les améliorations enregistrées ces dernières années en ce qui concerne les résultats relatifs à la sécurité des patients, il reste encore des possibilités de créer un système de soins de santé plus sécuritaire. Voici les principales conclusions :

- Environ un patient canadien sur dix aux prises avec des problèmes de santé, que l'on a interrogé, a signalé avoir reçu un mauvais médicament ou une mauvaise dose au cours des deux dernières années. Trois Canadiens interrogés sur vingt ont déclaré un événement indésirable; environ 46 % se sont soldés par un problème de santé grave.
- Les infections nosocomiales figurent parmi les types d'événements indésirables les plus fréquents examinés dans la présente analyse.

- De 2003-2004 à 2005-2006, plus de 1 700 traumatismes à la naissance ont été signalés en moyenne chaque année dans les hôpitaux canadiens hors du Québec. Les lésions du cuir chevelu, du système nerveux, ou une fracture du crâne sont au nombre des traumatismes survenant au cours de l'accouchement. Les traumatismes à la naissance prolongent également le séjour à l'hôpital de la mère et du bébé.
- Une femme accouchant par voie vaginale sur vingt et une est victime de traumatismes obstétricaux. Ces derniers peuvent entraîner des conséquences à long terme. Bien que les traumatismes survenant au cours de l'accouchement ne soient pas tous évitables, il existe des stratégies connues qui permettent d'en réduire le risque.
- En moyenne, on signale chaque année plus de 200 objets étrangers oubliés dans le corps des patients après une chirurgie, tels que des éponges ou des instruments chirurgicaux, et ce de 2003-2004 à 2005-2006. Si l'oubli d'objets étrangers dans le corps d'un patient après une intervention était moins courant que d'autres événements indésirables signalés dans la présente analyse, il existe un nombre de stratégies susceptibles de prévenir cette situation.
- De façon générale, près de 3,6 patients sur 1 000 traités dans des hôpitaux canadiens hors du Québec et de certaines régions du Manitoba ont été victimes d'une embolie pulmonaire ou d'une thrombose veineuse profonde. Le risque d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde augmente considérablement avec l'âge.
- Près d'une personne âgée sur mille admise dans un hôpital de soins de courte durée s'est fracturée une hanche au cours de son séjour, soit plus d'un cas par jour. Ces taux variaient considérablement à l'échelle du pays, ce qui indique des possibilités d'examiner plus en profondeur les raisons pour lesquelles certaines régions affichent des taux beaucoup moins élevés que d'autres.
- Environ 10 % des médecins interrogés au Canada utilisaient un système informatisé de mises en garde sur les médicaments, qui informent les médecins sur les risques d'interactions médicamenteuses. Par ailleurs, 11 % des médecins canadiens ont signalé prescrire des médicaments au moyen d'un système informatisé. Il s'agit du taux le plus bas de tous les pays ayant participé à l'enquête (soit l'Australie, le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis).
- Environ la moitié des médecins de première ligne interrogés avaient signalé l'inexistence d'un processus de dépistage et de prévention des erreurs médicales.

## Ce que nous ignorons

La présente Analyse en bref présente une brève mise à jour sur la sécurité des patients et les événements indésirables au Canada. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponse en ce qui a trait à la sécurité des patients ainsi qu'à la façon de traduire les résultats par des initiatives de renforcement de la sécurité. Voici des exemples de lacunes sur le sujet :

- Comment évolue la sécurité des patients au fil du temps? Quels sont les facteurs à l'origine de ces tendances?
- Quelle forme prend la sécurité des patients dans le continuum des soins? Quels sont les taux et les types d'événements indésirables survenant hors d'un milieu de soins de courte durée pour patients hospitalisés?
- Quels sont certains des facteurs de risque responsables de certains types d'événements indésirables? Comment peut-on remédier à la situation? Les types et la capacité des hôpitaux influent-ils sur le taux d'événements indésirables?
- Comment peut-on traduire les événements indésirables en des occasions d'apprentissage? De quelle façon la déclaration et la divulgation des événements indésirables sont-elles en voie de changer? Comment peuvent-elles être renforcées et encouragées?
- Quelles sont les politiques, stratégies et pratiques les plus efficaces pour améliorer la sécurité des patients et de quelle façon ces connaissances peuvent-elles être appliquées à plus grande échelle?

## Références bibliographiques

1. J. Reason, « Human Error: Models and Management », *British Medical Journal*, vol. 320 (2000), p. 768-770.
2. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *The Canadian Patient Safety Dictionary* (en ligne) 2003. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf)> .
3. J. Ziegler, « A Medical Specialty Blazes a Trail », *The National Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement. Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success Stories from the Front Lines of Medicine*, Washington et Boston, National coalition on Health Care et Institute for Healthcare Improvement, 2000.
4. G. R. Baker, P.G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox, E. Etchells, W. A. Ghali, P. Hebert, S. R. Majumdar, M. O'Beirne, L. Palacios-Derflingher, R. J. Reid, S. Sheps et R. Tamblyn, « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, vol. 170, n° 11 (mai 2004), p.1678-1686.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada, 2004*, Ottawa, ICIS, 2004.
6. POLLARA Research, *Health Care in Canada Survey, 2006* (en ligne). Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.mediresource.com/e/pages/hcc\\_survey/pdf/2006\\_hcic\\_ppt.pdf](http://www.mediresource.com/e/pages/hcc_survey/pdf/2006_hcic_ppt.pdf)> .
7. Fonds du Commonwealth, *2005 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults* (en ligne), Fonds du Commonwealth, 2005. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys\\_show.htm?doc\\_id=313115](http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys_show.htm?doc_id=313115)> .
8. R. J. Blendon, C. Schoen, C. DesRoches, R. Osborn et K. Zapert, « Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries », *Health Affairs*, vol. 22, n° 3 (2003), p. 106–121.
9. Fonds du Commonwealth, *2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Doctors* (en ligne), Fonds du Commonwealth, 2006. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys\\_show.htm?doc\\_id=419152](http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys_show.htm?doc_id=419152)> .
10. Statistique Canada, Santé Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 Résultats* (en ligne), ministre de l'Industrie, 2006. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/NS\\_SummRep06\\_ENG.pdf](http://www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/NS_SummRep06_ENG.pdf)> .
11. L. A. Parker, « Part 1: Early Recognition and Treatment of Birth Trauma: Injuries to the Head and Face », *Advances in Neonatal Care*, vol. 5, n° 6 (décembre 2005), p. 288-297.

12. W. C. Leung, H. S. Lam, K. W. Lam, M. To et C. P. Lee, « Unexpected reduction in the incidence of birth trauma and birth asphyxia related to instrumental deliveries during the study period: was this the Hawthorne effect? », *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 110, n° 3 (mars 2003), p. 319-322.
13. W. Leung, B. Chan, G. Ma, K. Lam, K. Leung, T. Pun, T.Lao et C. P. Lee, « Continued reduction in the incidence of birth trauma and birth asphyxia related to instrumental deliveries after the study period: Was this the Hawthorne effect? », *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 130, n° 2 (2007), p.165-168.
14. F. Mazza, J. Kitchens, S. Kerr, A. Markovich, M. Best et L. P. Sparkman, « Clinical Excellence Series: Eliminating Birth Trauma at Ascension Health », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 33, n° 1 (janvier 2007), p.15-24.
15. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Guidelines for the Safe and Appropriate Use of Forceps in Modern Obstetrics », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, n° 8 (1996), p. 65-66.
16. S. C. Tough, C. Newburn-Cook, D. W. Johnston, L. W. Svenson, S. Rose et J. Belik, « Delayed childbearing and its impact on population rate changes in low birth weight, multiple birth, and preterm delivery », *Pediatrics*, vol.109, n° 3 (2002), p. 399-403.
17. P. Martínez Hernández Magro, E. Villanueva Sáenz, M. Jaime Zavala, R. D. Sandoval Munro et J. L. Rocha Ramírez, « Endoanal sonography in assessment of fecal incontinence following obstetric trauma », *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (en ligne), vol. 22, n° 6 (décembre 2003), p. 616-621. Internet : <<http://www.ingentaconnect.com/content/jws/uog/2003/0000022/00000006/art00012;jsessionid=aqb3gudhutlfm.alice?format=print>> .
18. T. Mailhot, « Uterine Prolapse », *eMedicine* (en ligne), dernière mise à jour le 24 mai 2006. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.emedicine.com/emerg/topic629.htm>> .
19. S. S. Kumaran, C. Palanivelu, A. J. Kavalakat, R. Parthasarathi et M. Neelayathatchi, « Laparoscopic repair of high rectovaginal fistula: Is it technically feasible? » (en ligne), *BMC Surgery* (en ligne), vol. 5, n° 20 (12 octobre 2005). Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1266383>> .
20. H. G. Dahlen, M. Ryan, C. S. E. Homer et M. Cooke, « An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth », *Midwifery*, vol. 23, n° 2 (juin 2007), p.196-203.
21. E. Eason, M. Labrecque, G. Wells et P. Feldman, « Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 3 (2007), p. 464-471.
22. V. Andrews, A. H. Sultan, R. Thakar et P. W. Jones, « Risk Factors for Obstetric Anal Sphincter Injury: A Prospective Study », *Birth*, vol. 33, n° 2 (2007), p.117-122.

23. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Guidelines for Operative Vaginal Birth », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 26, n°8 (2004), p. 747-753, [en ligne]. Consulté le 9 juillet 2007. Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/public/148E-CPG-August2004.pdf>> .
24. Agency for Healthcare Research and Quality, *AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators*, 2003 (en ligne). Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi\\_guide\\_v31.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf)> .
25. V. C. Gibbs et A. D. Auerbach, « The Retained Surgical Sponge », *Evidence Report/Technology Assessment Number 43 Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* (en ligne), éd. A. J. Markowitz, Rockville, M. D., Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, p. 255-257. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>> .
26. V. C. Gibbs, F. D. Coakley et H. D. Reines, « Preventable Errors in the Operating Room: Retained Foreign Bodies after Surgery—Part I », *Current Problems in Surgery*, vol. 44, n° 5 (2007), p. 281-337.
27. A. E. Lincourt, A. Harrell, J. Cristiano, C. Sechrist, K. Kercher et B.T. Heniford, « Retained Foreign Bodies After Surgery », *Journal of Surgical Research*, vol. 138, n° 2 (2007), p.170-174.
28. L'Association pulmonaire, *Pulmonary embolus* (en ligne). Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.lung.ca/diseases-maladies/a-z/embolus-embolie/index\\_e.php](http://www.lung.ca/diseases-maladies/a-z/embolus-embolie/index_e.php)> .
29. J. Kleinbart, M. V. Williams et K. Rask, « Prevention of Venous Thromboembolism », *Evidence Report/Technology Assessment Number 43, Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* (en ligne), éd. A. J. Markowitz, Rockville, M. D. : Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, p. 333-348. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>> .
30. Agency for Healthcare Research and Quality, *Evidence Report/Technology Assessment Number 68, Diagnosis and Treatment of Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism*, 2003 (en ligne), Rockville, M. D. : Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/dvt/dvt.pdf>> .
31. M. Vassallo, J. C. Sharma et S. C. Allen, « Characteristics of Single Fallers and Recurrent Fallers Among Hospital in-Patients », *Gerontology* 48, n° 3 (2002), p. 147-150.
32. Agency for Healthcare Research and Quality, *Making Health Care Safer. A Critical Analysis of Patient Safety Practices Evidence Report/Technology Assessment* (Rockville, MD: AHRQ, 2001).



33. Institut canadien d'information sur la santé, *Resident Safety: Characteristics Associated With Falling in Ontario Complex Continuing Care* (en ligne), Ottawa, ICIS, 2007. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/ccrs\\_falls\\_jan30\\_2007\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/ccrs_falls_jan30_2007_e.pdf)>.
34. Conseil de la qualité en santé de l'Alberta, *Playing it Safe: You and Your Medication* (en ligne), 2007. Consulté le 11 juin 2007. Internet : <[http://www.hqca.ca/phpBB2/files/hqca\\_health\\_report\\_2007\\_202.pdf](http://www.hqca.ca/phpBB2/files/hqca_health_report_2007_202.pdf)>.
35. Institute for Healthcare Improvement, *How To Improve: Medication Systems* (en ligne). Consulté le 11 juin 2007. Internet : <<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems?HowToImprove?>>.
36. T. Shamliyan, S. Duval, J. Du et R. Kane, « Just what the doctor ordered. Review of the evidence of the impact of computerized physician order entry system on medication errors », *Health Services Research* (à paraître).
37. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, *Getting Started Kit: Medication Reconciliation Prevention of Adverse Drug Events How-to Guide*, mai 2007 (en ligne). Consulté le 30 juillet 2007. Internet : <<http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124>>.
38. Le Fonds du Commonwealth, *2003 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Hospital Executives* (en ligne), Fonds du Commonwealth, 2003. Consulté le 11 juin 2007. Internet <[http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys\\_show.htm?doc\\_id=233227](http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys_show.htm?doc_id=233227)>.
39. R. J. Blendon, C. Schoen, C. DesRoches, R. Osborn, K. Zapert et E. Raleigh, « Confronting Competing Demands to Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3 (2004), p. 119-135.