



## Executive summary

# Relevé et analyse des cas de préjudices dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse

Résultats d'une enquête sur la gestion des « never events »

**L'essentiel en bref :** le terme international de « never events » désigne des événements graves qui pourraient en principe être évités et qui occasionnent des préjudices aux patients. Jusqu'à présent, on ne possédait que des données fragmentaires sur la manière dont les hôpitaux suisses font face aux cas de never events. C'est dans ce contexte que la fondation Sécurité des patients Suisse a réalisé en août 2019 une enquête nationale auprès des gestionnaires des risques et de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus. Cette étude montre, d'une part, que les never events sont reconnus comme un sujet important et que ces événements, certes rares à l'échelle d'un établissement, sont relativement fréquents si l'on considère le système de santé dans son ensemble. D'autre part, elle fait état de différences marquées dans la façon de traiter ces événements, divergences qui reflètent l'autonomie importante des hôpitaux dans la gestion des risques cliniques. On observe également un certain décalage entre la sensibilisation à l'enjeu et les actions concrètes dans les établissements.

La fondation Sécurité des patients Suisse voit dans ces résultats matière à développer des mesures utiles. Il s'agit tout d'abord de mieux intégrer les never events dans les enquêtes effectuées dans le cadre des mesures relatives à la qualité et à la sécurité des patients. L'adoption de définitions unifiées à l'échelle nationale et l'établissement d'une liste suisse de never events aideraient à créer un cadre de référence au niveau local et à harmoniser la gestion de ces événements. En parallèle, l'introduction d'un système de déclaration national permettrait de combler une lacune grâce au recueil de données sur la nature et la fréquence des préjudices graves. Sachant que les cas de never events sont aussi révélateurs de l'application de mesures en faveur de la sécurité des patients et de l'efficacité de ces actions, un tel reporting donnerait à cet égard une image fiable des faiblesses et des points forts. Alors que les collectes de données centralisées sont souvent considérées avec une certaine réticence par les hôpitaux, l'enquête montre ici une acceptation relativement élevée.

Le projet lancé par la fondation Sécurité des patients Suisse pour donner suite à cette étude permettra de formuler des définitions de ces événements et de les répertorier dans une liste de never events. Il s'agira également d'évaluer les avantages et les inconvénients d'un système de déclaration centralisé.

## 1 Contexte

Toutes les mesures prises en vue d'améliorer la sécurité des patients ont pour but d'éviter les préjudices. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de connaissances aussi précises que possible sur les risques potentiels et sur les cas dans lesquels des patients ont subi des préjudices [1].

### Relevé des « near misses »

Ces dernières années, la généralisation des CIRS (Critical Incident Reporting System) dans les hôpitaux suisses, ainsi que la mise en place d'une plateforme nationale recueillant les déclarations qui présentent un intérêt particulier (CIRNET, Critical Incident Reporting and Reacting Network) ont posé des bases importantes pour l'apprentissage à partir des presque-accidents. Les déclarations enregistrées mettent en lumière des causes et des mécanismes d'erreurs qui seraient pratiquement impossibles à identifier sans ces systèmes. Les CIRS sont un instrument important pour l'apprentissage au niveau local et suprarégional. Certaines conditions sont nécessaires à leur bon fonctionnement, en particulier le caractère volontaire des déclarations, la protection juridique et l'anonymat des auteurs. Cela étant, ces systèmes ne permettent pas d'obtenir des indications quantitatives sur la fréquence des événements [2]. En outre, les déclarations CIRS se limitent par définition aux cas dans lesquels il n'y a pas eu de préjudice (« near misses »).

### Relevé des cas de préjudices

Contrairement à d'autres systèmes de santé (p. ex. au Royaume-Uni et dans certains États des USA), la Suisse ne possède pas d'instrument national pour le relevé systématique des événements ayant conduit à des préjudices manifestes

pour les patients. Les enquêtes fondées sur des méthodes de mesure harmonisées à l'échelle nationale – taux de mortalité, de réhospitalisations et de réopérations, prévalence des chutes et des escarres de décubitus – livrent certes des données complètes, mais ne permettent pas de tirer des conclusions sur le caractère évitable de ces événements [3]. Les autres enquêtes sur les préjudices causés aux patients sont soit limitées dans le temps (p. ex. sous la forme d'études), soit ponctuelles (p. ex. dans le cadre de registres spécialisés de sociétés médicales). Ces approches ne peuvent donc pas servir de fondement pour une évaluation exhaustive et continue du système. Alors que ces préjudices évitables sont relativement fréquents [4], nous disposons tout au plus d'estimations au niveau national. **À l'heure actuelle, il n'y a pas de données nationales fiables sur la nature et la fréquence des préjudices graves évitables en Suisse [5].**

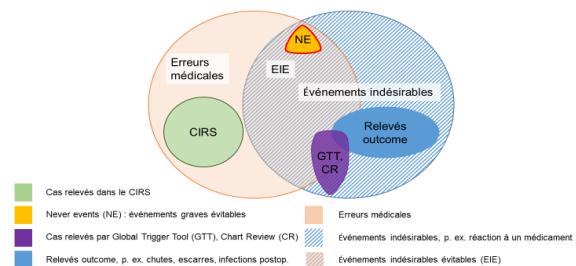


Figure 1: Épidémiologie des événements indésirables et de leurs méthodes de relevé [6]

L'attention se porte en particulier sur les incidents qui ne devraient en principe jamais se produire, car il existe des mesures de prévention adéquates et efficaces (fig. 1).



## Executive summary

### Never events

Les incidents qui correspondent aux caractéristiques énumérées (événement grave, clairement défini et en principe entièrement évitable lorsque les mesures de prévention adéquates sont appliquées) sont connus au plan international sous le nom de « never events ». Depuis plus de dix ans, l'identification, la définition contraignante et la gestion de ce type d'événements font l'objet de dispositions spécifiques dans plusieurs pays, surtout anglo-américains : une liste d'événements classés comme des « never events » sert de base à la déclaration – obligatoire dans certains cas – de ces incidents graves clairement définis [5, 6, 7, 8]. Ce reporting permet de générer des connaissances sur les cas de préjudices graves évitables au niveau national et de formuler des conclusions sur la sécurité du système. Il est ainsi possible d'en tirer des conséquences, de coordonner les actions et de développer de façon ciblée l'apprentissage à partir de ces événements. Leur recensement continu offre aussi un instrument d'évaluation des mesures prises pour améliorer la situation : une intervention efficace doit en effet permettre à terme d'éliminer complètement ou presque certains événements. Les expériences positives recueillies dans les pays ayant mis en place des systèmes de déclaration

obligatoire des never events sont suivies avec intérêt par les pays qui ne possèdent pas de tel instrument. Elles ont alimenté le débat et fourni des arguments pour demander l'introduction de formes de reporting analogues [9]. Du côté des avis critiques, deux points sont discutés : d'une part, les connaissances issues des systèmes de déclaration obligatoire débouchent sur des analyses des causes peu concluantes [10], car ce mode d'apprentissage suscite des craintes et nuit à une culture de la sécurité positive [11] ; d'autre part, l'apprentissage se fait au niveau local et le simple recensement des événements n'est en soi d'aucune utilité. Dans les milieux spécialisés en revanche, la majorité des experts sont convaincus de la pertinence et de l'importance d'un système national de déclaration et d'analyse reposant sur une liste de never events [12]. Pour qu'un tel dispositif fonctionne, il faut définir clairement les événements visés, mais aussi prévoir au sein des hôpitaux des modalités de déclaration permettant une transmission coordonnée des informations recueillies localement. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude sur la gestion des never events : nous avons commencé par une enquête complète pour obtenir des informations sur la nature et la portée du relevé au niveau local et sur la gestion interne des événements graves dans les hôpitaux suisses.

## 2 Problématique / Méthodologie

La fondation Sécurité des patients Suisse a réalisé une étude documentant les dispositions adoptées par les hôpitaux suisses de soins aigus concernant le relevé et la gestion des événements graves. Dans ce cadre, il s'agissait également de déterminer si l'apprentissage à partir des cas de never events est bien établi au niveau local dans les hôpitaux et, si oui, sous quelle forme.

L'enquête effectuée auprès des gestionnaires des risques cliniques et de la qualité visait à explorer les questions suivantes :

- Quelles sont les données recueillies par les hôpitaux de soins aigus sur les événements graves (« never events ») ? S'agit-il d'un relevé systématique ?
- Quelles lacunes observe-t-on ? Sont-elles systématiques ou « accidentelles » ?
- Comment les gestionnaires des risques cliniques ont-ils accès à ces cas et ces données ?
- Comment ces cas sont-ils gérés – en dehors du volet juridique – pour en tirer des enseignements et éviter qu'ils ne se reproduisent ?

En nous fondant sur la littérature récente et sur huit entretiens téléphoniques approfondis menés avec des gestionnaires des risques cliniques, nous avons élaboré un instrument d'enquête qui a été testé auprès de dix autres personnes occupant une position professionnelle comparable. Compte tenu de la thématique abordée, l'enquête a été effectuée exclusivement auprès des hôpitaux suisses de soins aigus somatiques (n=174). Elle était adressée aux responsables de la gestion des risques cliniques ou de la qualité. Ces personnes ont quotidiennement affaire à la sécurité des patients et aux

systèmes de déclaration et constituent la meilleure source de renseignements au niveau organisationnel.

### Questionnaire

La première partie du questionnaire concernait des informations générales sur les procédures introduites dans l'établissement et les responsabilités définies ainsi que sur la pratique en vigueur en matière de relevé et de gestion des never events.

### Questions sur des scénarios spécifiques

La partie principale de l'enquête comprenait la présentation, dans un ordre aléatoire, de huit situations concrètes de never events. Trois d'entre elles concernaient des actes invasifs, trois autres la médication et les produits sanguins. Les deux derniers scénarios portaient sur la prise en charge générale des patients. Sur les huit exemples proposés, six figurent dans les listes de never events utilisées dans d'autres pays.

Pour chacun des scénarios, nous avons formulé des questions sur les modalités internes de déclaration ou de documentation obligatoire, l'existence de données sur la fréquence de ces événements, la fiabilité estimée de ces données et la connaissance de cas de never events. Ces questions portaient sur des événements spécifiques, afin d'éviter les suppositions vagues que peuvent générer des questions plus générales. L'enquête a été financée par l'Office fédéral de la santé publique. En réponse à notre demande, la Commission d'éthique a confirmé que l'étude ne tombait pas sous le coup de la loi relative à la recherche sur l'être humain.



## Executive summary

### 3 Résultats

Sur 174 destinataires, 95 personnes ont entièrement rempli le questionnaire en ligne, soit un taux de retour de 55 %. En d'autres termes, les données obtenues portent sur une centaine d'hôpitaux. La majorité des personnes qui ont répondu sont des gestionnaires des risques et de la qualité des établissements. Avec une moyenne de près de neuf ans d'expérience professionnelle dans cette fonction et douze ans passés dans l'hôpital qui les emploie, elles ont manifestement de bonnes connaissances de la situation. La grande majorité des personnes ayant répondu à l'enquête ont déclaré qu'elles connaissaient le concept de never events (oui : 70 %, vaguement : 13 %) et la plupart des participants ont jugé que ce sujet était important (38 %) ou très important (35 %) dans leur travail. Plus d'un quart d'entre eux (27 %) ont toutefois affirmé que les never events ne jouaient aucun rôle dans leur quotidien (cf. tab. 1).

#### Responsabilités / Modalités d'information

Les participants ont indiqué qu'en présence d'un cas de never event, les tâches qui leur incombait portaient essentiellement sur la documentation, la communication avec les professionnels concernés de l'hôpital et la définition de mesures d'amélioration suite à cette situation. Il est frappant de constater que 19 % des gestionnaires des risques et de la qualité ayant répondu au questionnaire n'ont aucune tâche ni responsabilité dans la gestion des never events. Moins de la moitié d'entre eux (45 %) ont déclaré être informés de manière formelle en cas de never event. Une partie des participants (15 %) ont indiqué qu'ils prenaient connaissance de ces

événements de manière informelle, indépendamment de leur fonction. Enfin, 38 % ont affirmé que les modalités d'information dépendaient des cliniques/services : ils pouvaient être mis au courant par une communication formelle ou informelle ou ne pas être informés. Les réponses à la question de savoir qui assume la responsabilité principale de la gestion du cas au niveau médical / de l'analyse des causes de never events sont très diverses : il peut s'agir des collaborateurs/collaboratrices du domaine clinique (31 %), du service central de gestion des risques (18 %), de la personne responsable de la gestion de la qualité/des risques de la clinique/du service (34 %) ou des membres de la direction de l'hôpital (49 %).

#### Réglementations relatives à la gestion des never events

Parmi les hôpitaux ayant pris part à l'enquête, plus des deux tiers (69 %) ont adopté une procédure précisant en particulier les rôles et les responsabilités pour le traitement des événements graves, tandis que 30 % ne disposent pas de réglementation de ce type. On n'observe pas de corrélation entre l'adoption de telles directives et la taille de l'établissement ( $p=0.527$ ). Ce dernier paramètre n'a pas non plus d'incidence sur le pourcentage d'hôpitaux dans lesquels les never events font dans tous les cas l'objet d'une analyse au niveau professionnel. Sur ce point, 64 % des participants ont déclaré que ces événements étaient systématiquement analysés, 25 % ont indiqué qu'ils ne l'étaient que rarement ou jamais et 12 % n'ont pas pu répondre à cette question.

Tableau 1 : Aperçu des principaux résultats

Connaissez-vous le concept de « never events » ?	Oui 70%	Non 17%	Vaguement 13%	
Quelle est l'importance des « never events » dans votre travail ?	Pas du tout importants 3%	Peu importants 24%	Importants 38%	Très importants 35%
En tant que gestionnaire des risques, êtes-vous informé-e en cas de « never event » ?	Oui, mais de manière plutôt informelle 15%	Oui, de manière formelle, p. ex. par une déclaration officielle 45%	Cela varie selon les cliniques/services 38%	Non 1% Je ne sais pas 1%
Votre hôpital a-t-il défini une procédure pour le traitement des « never events » précisant en particulier les rôles et les responsabilités ?	Oui 69%	Non 30%	Je ne sais pas 1%	
Les « never events » font-ils dans tous les cas l'objet d'une analyse au niveau professionnel, indépendamment du volet juridique ?	Oui 64%	Non 25%	Je ne sais pas 12%	
Estimez-vous important de relever et d'analyser de façon systématique les « never events » en vue d'améliorer la sécurité des patients ?	Très important 81%	Plutôt important 19%	Pas vraiment important -	Pas du tout important -
Estimez-vous important qu'un système de santé national ait connaissance de la fréquence exacte des « never events » dans le pays ?	Très important 38%	Plutôt important 38%	Pas vraiment important 22%	Pas du tout important 2%
Êtes-vous favorable à une déclaration obligatoire par les hôpitaux des « never events » à un service externe neutre, dès lors que la protection des données et l'anonymat sont garantis ?	Je suis pour 45%	Je suis contre 47%	Cela m'est égal 8%	
Êtes-vous favorable à une déclaration volontaire par les hôpitaux des « never events » à un service externe neutre, dès lors que la protection des données et l'anonymat sont garantis ?	Je suis pour 62%	Je suis contre 29%	Cela m'est égal 9%	



## Executive summary

Une grande partie des participants estiment que les hôpitaux accordent trop peu d'attention au relevé systématique (46 %), à l'analyse (34 %) et à la prévention (40 %) des never events.

**46 % des hôpitaux accordent trop peu d'attention au relevé des never events**



Ce constat offre un contraste frappant avec la déclaration selon laquelle il est important (38 %) ou très important (38 %) qu'un système de santé national ait connaissance de la fréquence des never events. En outre, 81 % des participants estiment très important et 19 % plutôt important de recenser et d'analyser systématiquement les never events en vue d'améliorer la sécurité des patients. La mise en place d'une déclaration obligatoire à un service externe neutre est approuvée par 45 % et refusée par 47 % des participants. L'option d'une déclaration volontaire est saluée par 62 % et rejetée par 29 % des participants.

### Scénarios de never events spécifiques

Pour chacun des huit scénarios de never events, nous avons posé quatre questions portant sur le relevé systématique des cas, la fiabilité des données recueillies, l'obligation de déclarer ces événements en interne et la connaissance de cas de ce type (fig. 2). En fonction du scénario exposé, le pourcentage

de personnes ayant répondu qu'elle avaient déjà eu connaissance d'au moins un cas dans le cadre de leur activité sur leur lieu de travail actuel variait entre 8 % (erreur lors d'une intervention, p. ex. fausse intervention, faux patient, erreur de site opératoire ou de côté opéré) et 54 % (événement indésirable grave ou décès suite à une aggravation non détectée de l'état clinique d'un patient hospitalisé dans une unité de soins), pour une moyenne de 32 % (tous types d'événements). Les données concernant les exemples présentés étaient relevées de façon systématique dans 51 % des hôpitaux en moyenne. Le pourcentage varie toutefois fortement selon le type d'événement, de 31 % (événement indésirable grave ou décès suite à une aggravation non détectée de l'état clinique d'un patient hospitalisé dans une unité de soins) à 82 % (événement indésirable grave ou décès lié à une transfusion de composants sanguins / une transplantation d'organes avec incompatibilité ABO). Lorsque des données sont collectées de façon systématique, leur fiabilité est en moyenne jugée très bonne par 81 % des gestionnaires des risques et de la qualité (fourchette : 64 % à 89 %). Par ailleurs, la majorité des événements décrits – 83 % – sont soumis à une déclaration ou à une analyse obligatoire (fourchette : 70 % à 92 %). Les résultats font état d'un décalage important entre l'obligation faite en interne de déclarer ou d'analyser le cas (83 % en moyenne) et le relevé systématique effectif de ces événements (51 % en moyenne).

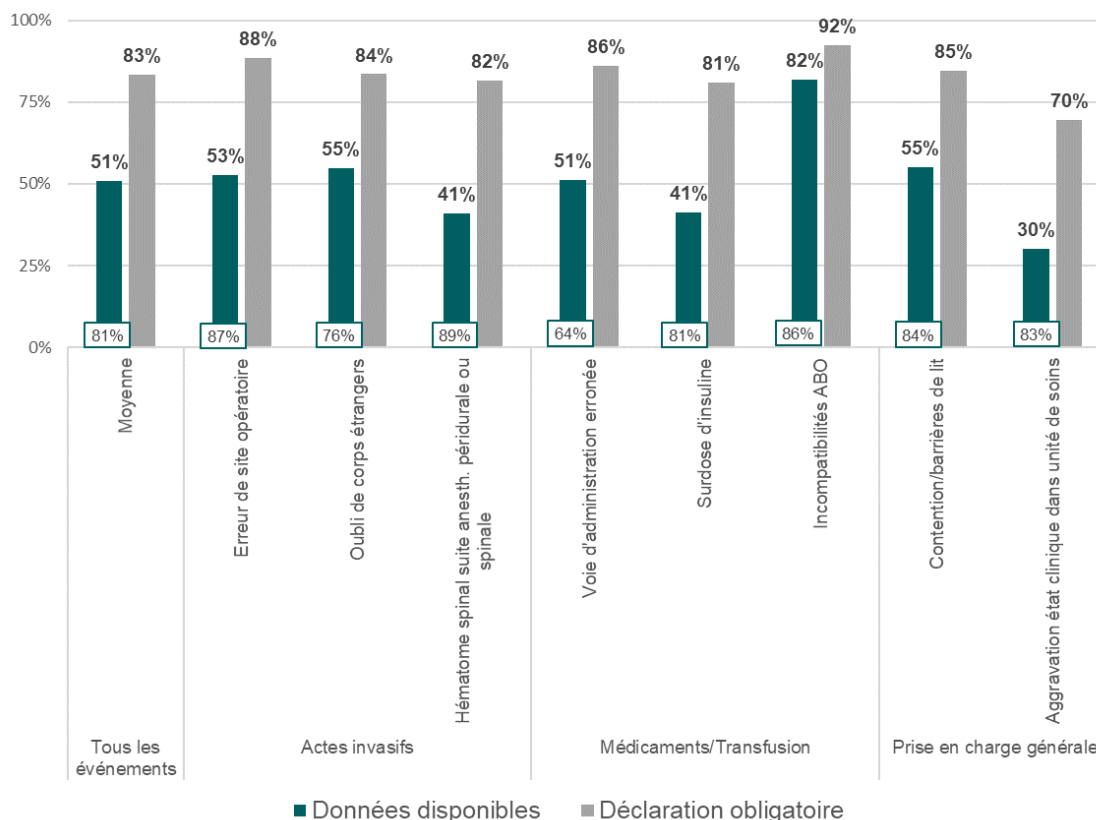


Figure 2 : Comparaison entre le relevé systématique des never events et l'obligation de déclarer ces cas en interne (la fiabilité estimée des données est indiquée dans les carrés au bas des colonnes)



## Executive summary

### 4 Discussion

Cette étude a permis de recueillir pour la première fois des données sur le relevé et la gestion des never events dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse, soit dans un système de santé national qui ne prévoit pas d'obligation de déclarer ces événements. Les connaissances obtenues sont précieuses à plus d'un titre et livrent des éléments importants pour traiter plus avant cette problématique.

#### Enseignements généraux

Il convient tout d'abord de souligner que le concept de never events est largement connu en Suisse, alors que le pays n'a pas défini de liste nationale ni adopté de directives générales concernant la déclaration obligatoire de ces événements. L'importance élevée que les gestionnaires des risques et de la qualité accordent aux never events dans leur travail témoigne elle aussi de la reconnaissance de cette problématique. Toutefois, la dispersion des réponses concernant les responsabilités ou la gestion générale des cas dans les hôpitaux traduit très clairement l'absence d'approche commune, tant dans les définitions que dans l'attribution des compétences et les procédures.



**30 % des hôpitaux n'ont pas adopté de directives pour la gestion des événements graves**

L'analyse montre que la plupart des réponses aux questions posées font aussi apparaître des déficits. Par exemple, si de nombreux gestionnaires des risques et de la qualité ne sont pas informés de manière fiable des cas de never events ou n'ont aucun rôle attribué dans la gestion de ces événements, on peut s'interroger sur la façon d'assumer les responsabilités essentielles en pareille situation. Il est préoccupant de voir que bon nombre d'hôpitaux n'ont manifestement pas prévu de modalités de déclaration internes ni de règles contraignantes pour la gestion de ces événements.

À noter encore que l'étude n'établit pas de corrélation entre la taille de l'établissement et le degré d'organisation indiqué. Ce constat contredit, en partie du moins, la thèse largement défendue selon laquelle les procédures seraient mieux structurées et définies dans les grandes institutions.

Sachant que les never events sont des événements particulièrement graves qui pourraient en principe être évités, il est problématique de voir que ces cas ne font pas tous l'objet d'une analyse dans les hôpitaux. Ces résultats réfutent le postulat selon lequel l'apprentissage se fait systématiquement au niveau local sur une base volontaire et une analyse centralisée ou un soutien externe sont a priori inutiles. Habituellement, les institutions de santé sont plutôt réticentes face aux systèmes de déclaration centralisés. Or on observe ici un taux d'acceptation comparativement élevé pour le reporting des never events sur une base obligatoire ou volontaire. Ainsi, un grand nombre de gestionnaires des risques et de la qualité estiment nécessaire de disposer d'un système de relevé et de traitement des never events coordonné à l'échelle nationale.

#### Scénarios de never events spécifiques

Les réponses aux questions concernant les huit scénarios concrets ont donné des résultats très instructifs.

**32 % des gestionnaires des risques et de la qualité ont eu connaissance de cas décrits dans les scénarios**



Une grande partie des participants ont été informés au moins une fois, dans le cadre de leur activité, d'un cas correspondant à l'un des événements présentés. Ce résultat montre clairement que des never events se produisent en Suisse et qu'au niveau du système de santé, il ne s'agit pas de cas rares et isolés.

Pourtant, en moyenne, seule la moitié environ des hôpitaux relèvent systématiquement des données sur la fréquence de ces événements. À cet égard, il est intéressant de noter que le taux de documentation des événements en lien avec l'administration de produits sanguins est nettement supérieur à la moyenne (82 %, contre 51 %).

#### Limitations

Le taux de réponse de 55 % paraît plutôt faible, mais il se situe dans les valeurs enregistrées pour des enquêtes comparables. En ce qui concerne le type et la taille des établissements, l'échantillon des hôpitaux participants peut être considéré comme représentatif. Même si les gestionnaires des risques et de la qualité ayant pris part à l'enquête ne connaissent peut-être pas tous les détails des procédures internes au niveau des cliniques/services, leurs réponses aux questions posées sont jugées fiables, compte tenu de leurs années d'expérience professionnelle dans l'établissement et dans leur fonction.

#### Conclusions

L'enquête a livré des informations précieuses sur le flux d'information et la gestion internes des événements graves. D'une part, les participants ont explicitement souligné l'importance de la problématique des never events. D'autre part, les résultats révèlent clairement des déficits dans les hôpitaux. Il faudrait notamment travailler sur la définition et le relevé correct des incidents, la réglementation des compétences en interne et la mise en place de modalités de déclaration fiables. Dans un système de santé hautement développé, il paraît difficilement concevable que les informations sur les événements graves restent lacunaires au niveau local et ne soient pas recensées au niveau national. Au vu des différences marquées entre les établissements dans l'attribution des compétences et les procédures, on peut se demander s'il est possible et opportun d'attendre que ces adaptations soient apportées par les hôpitaux au niveau décentralisé. De nombreux éléments semblent montrer au contraire que des initiatives à l'échelon supérieur ont de meilleures chances de succès.

Outre l'élaboration d'une liste nationale de never events avec des définitions unifiées, il serait envisageable, par exemple, de diffuser des règles générales pour le traitement de ces



## Executive summary

incidents. Ces outils d'aide à la décision pourraient être très utiles aux professionnels et aux cadres dans la gestion de ces événements dans l'établissement. Ils favoriseraient aussi, indirectement, l'harmonisation des définitions et des procédures, ce qui aurait des effets positifs en termes d'apprentissage commun à partir des erreurs.

L'introduction d'un système central de déclaration des never events joue à cet égard un rôle de premier plan. Trois quarts des participants ont estimé qu'il était important ou très important pour le système de santé de connaître la fréquence de ces événements dans le pays. Le relevé de ces données dans les hôpitaux sur la base de dispositions nationales permettrait pour la première fois d'obtenir une image réaliste de la nature et de la fréquence des never events.



**45 % des participant sont favorables à un système national de déclaration obligatoire des never events**

La collecte de ces données ne doit toutefois pas être une fin en soi. Il est nécessaire de prévoir un concept pour l'analyse approfondie des causes de ces événements et des facteurs concomitants. Les connaissances ainsi acquises, qui font défaut aujourd'hui, aideraient à mieux cibler les stratégies en faveur de la sécurité des patients. De plus, le traitement concret de ces cas, qui dépassent par leur gravité le cadre des systèmes CIRS, devrait permettre d'adopter des mesures d'amélioration plus efficaces [13]. Un instrument de relevé national pourrait ainsi servir de fondement pour des analyses des cas soutenues au niveau central dans le système de santé.

L'expérience indique que les hôpitaux sont plutôt réticents face aux systèmes de déclaration centralisés. Or, parmi les huit types d'événements présentés dans les scénarios, le seul pour lequel la loi prévoit une déclaration obligatoire, à savoir les incidents concernant les produits sanguins, est aussi celui qui est de loin le mieux recensé en interne. Cela montre qu'au-delà du niveau national, un système de déclaration obligatoire peut aussi conduire à des échanges d'informations structurés au niveau local dans les hôpitaux.

En résumé, les connaissances obtenues grâce à l'enquête fournissent de précieuses indications : l'importance de la problématique des never events relevée par les participants, mais aussi les lacunes mises en évidence sont autant de points d'ancrage pour développer des mesures visant à améliorer la sécurité des patients. La fondation Sécurité des patients Suisse accorde une priorité élevée à cette thématique. Elle présentera en 2020 des propositions de mise en œuvre et de coordination : il s'agira notamment de formuler des définitions des never events et de les répertorier dans une liste nationale. Il est également prévu d'élaborer, en concertation avec des sociétés spécialisées et d'autres institutions importantes, des propositions concernant les modalités de déclaration internes aux hôpitaux, un système central de reporting et d'autres options d'application dans la pratique.

Pour tout renseignement :

Prof. David Schwappach

Les résultats détaillés font l'objet d'une publication scientifique.

- 1 OECD. Measuring Patient Safety. Open the black box. *OECD Policy Br* 2018.
- 2 Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Stiftung Patientensicherheit. Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen. 2016. [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/1\\_Projekte\\_und\\_Programme/CIRNET/180115\\_HE\\_CIRS\\_2016\\_D\\_V1.1.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/CIRNET/180115_HE_CIRS_2016_D_V1.1.pdf)
- 3 ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen. 2009. <https://www.anq.ch/de/anq/publikationen/argumentarien>
- 4 Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human : An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. 2018;11:1736–43. doi:10.1377/hlthaff.2018.0738
- 5 Vincent C, Staines A. Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens. 2019. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-08-11-2019.html>
- 6 Schwappach DL. *Figure conceptualizing types of adverse events and their detection NE Medizinische Fehler VUE Ereignisse im CIRS Never Events : Vermeidbare , schwere Ereignisse ( NE ) Ereignisse im Global Trigger Tool ( GTT ), Chart Review ( CR ) Outcome- Erhebungen Medi.* 2020. doi:10.13140/RG.2.2.30256.71688
- 7 NHS England Patient Safety Domain. The never events list; 2013/14 update. <http://www.England.Nhs.Uk/Wp-Content/Uploads/2013/12/Nev-Ev-List-1314-Clar.Pdf>. 2013. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/nev-ev-list-1314-clar.pdf>
- 8 The Canadian Patient Safety Institute. Never Events for Hospital Care in Canada. 2015;:1–11. [http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never Events for Hospital Care in Canada.pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf)
- 9 Aktionsbündnis\_Patientensicherheit, APS. *Mehr Transparenz wagen : Positionspapier des Vorstands des Aktionsbündnis Patientensicherheit e . V . zur vollständigen Erfassung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen in Deutschland 1.* 2019. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/02/200107\\_APS-Positionspapier\\_Erfassung\\_NeverEvents.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/02/200107_APS-Positionspapier_Erfassung_NeverEvents.pdf)
- 10 Wahid NNA, Moppett SH, Moppett IK. Quality of Quality Accounts: transparency of public reporting of Never Events in England. A semi-quantitative and qualitative review. *J R Soc Med* 2016;109:190–9. doi:10.1177/0141076816636367
- 11 Carthey J, Walker S, Deelchand V, et al. Breaking the rules: Understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 2011;343:1–5. doi:10.1136/bmj.d5283
- 12 Austin JMM, Pronovost PJ. 'Never events' and the quest to reduce preventable harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2015;41:279–88. doi:10.1016/S1553-7250(15)41038-4
- 13 Ramírez E, Martín A, Villán Y, et al. Effectiveness and limitations of an incident-reporting system analyzed by local clinical safety leaders in a tertiary hospital: Prospective evaluation through real-time observations of patient safety incidents. *Med (United States)* 2018;97. doi:10.1097/MD.00000000000012509