



Informations pour les animatrices et animateurs

## Sécurité des patients dans le secteur ambulatoire

Module 1: bases

Dre Katrin Gehring  
Prof. David Schwappach

### Contenu

Objet et groupe cible .....	2
Contenus et objectifs .....	2
Utilisation des supports .....	5
Remarques sur l'animation .....	6
Informations complémentaires sur certaines diapositives .....	8

## Objet et groupe cible

Les supports mis à disposition offrent aux professionnels des cabinets médicaux une introduction au thème de la sécurité des patients et permettent d'approfondir certains sujets. Ils servent de base à la transmission du savoir et à la discussion de thèmes fondamentaux touchant à la sécurité des patients.

Les supports peuvent être utilisés dans le cadre de cercles de qualité (médecins et assistantes médicales), mais aussi pour des formations internes et des réunions d'équipe dans les cabinets individuels.

L'idée: une personne dirige la réunion en tant qu'animateur (p. ex. l'animateur du cercle de qualité, la personne responsable de la qualité ou du CIRS dans le cabinet, l'assistante médicale responsable). Elle utilise les documents pour transmettre les connaissances et organise une discussion active sur le contenu.

Les supports se composent de cinq chapitres répartis en deux parties. Les chapitres s'appuient les uns sur les autres et forment un tout. Ils peuvent ainsi être utilisés sous la forme d'un module «Sécurité des patients» réparti sur plusieurs séances. Il est également possible de choisir des thèmes isolés et d'en discuter indépendamment les uns des autres.

## Contenus et objectifs

### Partie 1: introduction (chapitres A et B)

La première partie constitue une introduction au thème de la sécurité des patients et apporte des réponses aux questions suivantes: Comment les termes et concepts clés de la sécurité des patients sont-ils définis? À quelle fréquence des événements indésirables surviennent-ils dans le secteur ambulatoire? Quels sont les principaux facteurs de risque?

### Partie 2: «Si une erreur se produit malgré tout» (chapitres C, D et E)

D'après des études menées en Suisse et à l'échelle internationale, les erreurs se produisent aussi dans les soins ambulatoires. La gestion de ces événements comprend notamment les étapes suivantes: une bonne communication avec les patients, le soutien des professionnels impliqués, l'apprentissage par l'erreur et la prévention des répétitions ou d'événements similaires. C'est à ces thèmes que s'intéresse la deuxième partie.

## Partie 1: introduction

### **Chapitre A: termes et concepts clés** (diapositives 7-18)

Une compréhension commune des notions de base est essentielle pour aborder de manière ciblée les questions concernant la sécurité des patients au sein d'un groupe. Le premier chapitre présente et définit certaines notions fondamentales dans le but de garantir qu'une «erreur», un «événement indésirable» ou un «never event» signifient bien la même chose pour toutes les personnes impliquées. Cela doit en même temps permettre d'établir une vision commune de ce que signifie le terme parfois galvaudé de la «culture de la sécurité».

Objectifs: Les professionnels ...

- sont conscients de l'importance du thème de la sécurité des patients.
- connaissent les concepts fondamentaux de la sécurité des patients, savent ce que l'on entend par erreur, événement indésirable et événement indésirable évitable.
- connaissent les différents types d'erreurs et font la différence entre erreurs d'exécution et erreurs de planification.
- savent ce que l'on entend par culture de la sécurité dans un cabinet médical et comment celle-ci se manifeste sous forme de valeurs et d'opinions ainsi que de structures et de processus au sein du cabinet.
- ont discuté ensemble de la manière de rendre la culture de la sécurité visible dans leurs cabinets.

### **Chapitre B: événements indésirables au cabinet médical** (diapositives 19-30)

Le deuxième chapitre fournit un aperçu des études récentes traitant du genre et de la fréquence des événements indésirables au cabinet. Même si les fondements scientifiques en Suisse et sur le plan international restent encore lacunaires sur ce sujet, l'état des connaissances est présenté sur la base de trois études. Les données collectées à l'aide de différentes approches méthodologiques (enquête auprès de patients, sondage parmi les médecins et les assistantes médicales, analyse de documents) et dans différents pays et systèmes de santé (D/CH/UK) mettent en évidence que dans le secteur des soins ambulatoires, les erreurs et événements indésirables évitables sont fréquents et peuvent avoir de lourdes conséquences pour les patients. De plus, elles montrent que le processus de médication et le diagnostic sont des facteurs de risque importants pour la sécurité des soins.

Objectifs: Les professionnels ...

- ont une idée de la fréquence des événements indésirables vécus par les patients dans le secteur ambulatoire et des conséquences dommageables auxquelles ils peuvent être associés (état de la recherche).
- connaissent les principaux facteurs de risque pour la sécurité des patients dans les cabinets médicaux.
- ont discuté ensemble des événements indésirables auxquels ils sont confrontés au quotidien dans leurs cabinets.

## Partie 2: «Si une erreur se produit malgré tout»

### Chapitre C: communication après un évènement (diapositives 33-40)

Il est indispensable de bien communiquer après un évènement indésirable. Cela répond, d'une part, aux besoins des patients concernés d'obtenir rapidement les informations nécessaires. D'autre part, cela se répercute sur les démarches qui seront exigées et la suite de la relation entre le patient et les professionnels impliqués. Au quotidien, il n'est cependant pas toujours possible de bien communiquer, que ce soit par crainte des conséquences juridiques ou d'une atteinte à la réputation, ou en raison d'incertitudes dans des situations aussi délicates. Le troisième chapitre aborde donc le thème de la communication après un évènement et formule des recommandations en la matière.

Objectifs: Les professionnels ...

- sont conscients de l'écart qui existe entre les souhaits des patients en matière de communication après un évènement et la réalité qui prévaut souvent.
- connaissent les conséquences positives d'une communication appropriée avec les patients.
- savent quelle forme de communication est recommandée après un évènement.
- ont discuté ensemble de la manière de faire preuve d'empathie et d'exprimer des regrets après un évènement, sans pour autant faire un aveu d'erreur.

### Chapitre D: soutenir les secondes victimes (diapositives 41-49)

Les professionnels qui sont impliqués dans un incident sont désignés par le terme de «secondes victimes» (Second Victims). Les patients ainsi que les spécialistes impliqués vivent une situation particulièrement difficile et les professionnels sont nombreux à développer par la suite une forte réaction au stress. Or les réactions de ce type sont susceptibles d'augmenter la probabilité d'erreur et les risques dans la prise en charge des patients. Il peut donc en résulter un cercle vicieux. Après un tel évènement, les médecins et les assistantes médicales éprouvent un grand besoin d'échange, d'empathie et de compréhension de la part de leurs collègues. Ce besoin n'est d'ailleurs pas moins important lorsqu'il s'agit d'un quasi-incident lors duquel le patient n'a pas subi de dommage. Le chapitre quatre montre comment les pairs devraient réagir pour soutenir leurs collègues après un incident.

Objectifs: Les professionnels ...

- connaissent les conséquences que peuvent subir les secondes victimes après un évènement.
- savent comment soutenir les collègues et les collaborateurs après un évènement.
- ont discuté ensemble des possibilités dont ils disposent personnellement pour soutenir les collaborateurs ou les collègues concernés.

## Chapitre E: apprendre des erreurs (diapositives 50-60)

Le dernier chapitre du module traite de deux principes dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit d'apprendre des erreurs survenues et d'en tirer un bénéfice maximal. D'une part, il est recommandé de considérer le système et les actes individuels dans le contexte plutôt que de se focaliser sur la question de la responsabilité. L'objectif est de comprendre les raisons qui ont mené à une situation dangereuse ou à un événement et d'en déduire les mesures pour l'avenir. D'autre part, les mesures prises doivent être fortes et intervenir au niveau du système plutôt que de se concentrer sur l'action individuelle et l'attention des personnes. Les avertissements, les courriels d'information ou les formations visent plus le comportement individuel et sont donc moins efficaces. Les dispositifs techniques ainsi que les solutions conceptuelles ou au niveau de la culture d'entreprise sont des exemples de mesures fortes qui, il faut l'avouer, ne peuvent pas toujours être mises en œuvre. Il vaut cependant la peine d'examiner en détail si une mesure à fort potentiel pourrait être envisagée pour éviter les événements futurs.

Objectif: Les professionnels ...

- savent ce que signifie la perspective systémique dans l'apprentissage à partir des erreurs.
- sont conscients que de nombreux facteurs contribuent à la survenance d'erreurs. Ces facteurs ne sont souvent pas liés à la personne qui agit.
- savent quelles mesures d'amélioration s'appliquent au niveau du système et quelles mesures s'appliquent au niveau individuel.
- peuvent distinguer les mesures fortes des mesures faibles.
- ont discuté de l'impact de leurs propres exemples de mesures tirées de leur quotidien.

## Utilisation des supports

- Les diapositives peuvent être utilisées pour la présentation ou pour une lecture (commune).
- Chaque chapitre est composé d'éléments récurrents: apport de connaissances (fond blanc), partie interactive/discussion (fond jaune), bibliographie (fond gris).
- Les diapositives ne doivent pas obligatoirement être présentées par l'animatrice ou l'animateur sous la forme d'un « cours magistral ». Vous pouvez procéder par étapes, stimuler la discussion de temps en temps, ou même lire un passage ensemble. Choisissez la forme qui convient le mieux à votre groupe. Vous pouvez également envoyer les diapositives à l'avance comme lecture préparatoire et vous concentrer davantage sur la discussion des contenus lors de la séance.

## Remarques sur l'animation

- **Favorisez un échange actif au sein du groupe.** La transmission du savoir et la sensibilisation à la sécurité des patients profitent d'une réflexion active sur le sujet. Utilisez les diapositives comme base et stimulez la discussion au sein du groupe. Les diapositives ne se composent pas uniquement de pages consacrées aux connaissances. Elles contiennent également des propositions pour la discussion et la réflexion communes (diapositives au fond jaune). Prenez le temps d'étudier ces éléments.
- **Incluez systématiquement vos propres exemples tirés de votre pratique et invitez le groupe à partager ses expériences.** L'étude des thèmes est plus riche grâce aux expériences et exemples personnels. Profitez de l'échange d'expériences au sein du groupe pour approfondir les contenus et apprendre les uns des autres.
- **Réfléchissez à l'avance à la manière dont vous souhaitez stimuler la discussion.** En complément des propositions figurant sur les diapositives, vous trouverez ci-dessous d'autres idées pour discuter des contenus:
  - *Thème Classification des erreurs* (diapositive 14): quelles autres erreurs d'exécution (erreurs d'attention et de mémoire) et de planification (erreurs basées sur des règles et des connaissances) connaissons-nous au quotidien?
  - *Thème Évènements au cabinet médical* (diapositive 25): si 3 à 4 préjudices graves évitables surviennent chaque année dans un cabinet NHS de taille moyenne accueillant 8000 patients, combien de cas cela représenterait-il dans l'un de nos cabinets? Est-ce surprenant?
  - *Thème Communication après un évènement* (diapositives 37 et 38): dans quelles situations la communication avec les patients s'est-elle bien déroulée? Comment avons-nous procédé? Quels sont les défis particuliers à relever lors de la discussion avec des patients après un évènement? Quels sont les bons exemples dans le groupe dont nous pouvons nous inspirer?
  - *Thème Secondes victimes* (diapositives 44-47): avons-nous déjà fait l'expérience d'une erreur plus grave, commise par nous-mêmes ou par un collègue, ou qui a failli se produire? Comment avons-nous géré la situation? Qu'est-ce qui aurait été important et utile?
  - *Thème Apprendre des erreurs* (diapositive 51): si un incident se produit au cabinet (p. ex. une assistante médicale a oublié de faire un transfert; un jeune collègue n'a pas vu une lettre de résultat d'analyse). Comment discutons-nous de tels cas dans notre cabinet? Est-il facile pour nous de ne pas rejeter la faute sur autrui et de chercher plutôt les raisons de l'erreur? Pourquoi?
- **Évitez de rejeter la faute dans la discussion:** lorsque l'on aborde les thèmes de la sécurité des patients, où les erreurs et les évènements indésirables sont au centre des préoccupations, il peut arriver que la responsabilité des incidents soit attribuée à d'autres ou que la faute soit attribuée à des tiers (p. ex. «Les erreurs se produisent plutôt lorsque les patients sont difficiles»; «C'est donc la faute du spécialiste»; «Pas étonnant que cela lui soit arrivé»). En cas de problème, veillez à recentrer rapidement la conversation sur le sujet principal. Si la situation le permet, de telles déclarations peuvent aussi faire l'objet d'un examen critique.

- **Référence à des sources bibliographiques et à des informations complémentaires:** à la fin de la réunion, attirez l'attention du groupe sur la bibliographie compilée à la fin de chaque chapitre. Elle pourrait notamment intéresser les personnes qui ont déjà de solides connaissances sur le sujet.
- **Si vous discutez des chapitres C – E de la partie 2 sans avoir étudié au préalable les chapitres d'introduction A et B:** les deux premiers chapitres fournissent des informations de base et des explications sur les termes (p. ex. Comment définit-on une erreur? Qu'est-ce qu'un évènement indésirable? À quelle fréquence des évènements indésirables surviennent-ils dans les cabinets médicaux?). Ces informations peuvent être importantes pour la discussion et la compréhension des chapitres suivants. Il est donc utile, en tant qu'animatrice ou animateur, d'avoir pris connaissance du contenu de tous les chapitres. **Ayez les chapitres d'introduction à portée de main pendant la réunion et référez-vous y si nécessaire, afin de pouvoir clarifier rapidement les questions et les incertitudes concernant les définitions et les informations de base.**

## Informations complémentaires sur certaines diapositives

---

<b>Diapositives 10/11</b>	<b>Termes clés de la sécurité des patients I et II</b>  Remarque: ces deux diapositives s'appuient l'une sur l'autre et sont directement liées en termes de contenu.
<b>Diapositive 13</b>	<b>Classification des erreurs</b>  Complément: <ul style="list-style-type: none"><li>– Les erreurs d'attention et de mémoire sont des erreurs d'exécution</li><li>– Les erreurs basées sur les règles et sur les connaissances sont des erreurs de planification</li></ul>
<b>Diapositive 15</b>	<b>Culture de la sécurité</b>  Parenthèse «Climat de sécurité» «Dans la culture organisationnelle, la notion de climat de sécurité est souvent associée à celle de culture de la sécurité. Le climat de sécurité décrit un instantané des attitudes, des convictions et des perceptions en matière de sécurité et de risque, recueilli auprès des collaborateurs à un moment donné. On espère avoir accès à cette vision subjective et modifiable des membres de l'organisation en utilisant des questionnaires ou des enquêtes.» St. Pierre et Hofinger, 2020, p. 297
<b>Diapositive 24</b>	<b>Évènements indésirables au cabinet médical</b> <b>Exemple 1: enquête sur l'expérience des patients / D</b>  Informations complémentaires sur l'étude:  <b>Problèmes de sécurité recensés au niveau du diagnostic:</b> question importante concernant les troubles non posée; examen médical insuffisant; examen médicalement nécessaire non effectué; résultats communiqués trop tard ou non communiqués; diagnostic erroné; maladie grave non détectée ou détectée trop tard; examen erroné; examen incorrect; communication d'un résultat erroné  <b>Problèmes de sécurité recensés au niveau de la médication:</b> médicament prescrit de manière erronée; interaction non respectée; médicament nécessaire non prescrit; prescription avec un dosage/une forme erronée; prescription malgré une intolérance connue; trop tôt/trop tard/pas arrêté  <b>Problèmes de sécurité recensés au niveau de l'administration:</b> résultats non disponibles/incomplets; confusion des patients  <b>Types de lésions recensées:</b> douleurs inutilement prolongées; détérioration de l'état de santé; préjudice moral/social; maladie grave non diagnostiquée/détectée trop tard; lésion

---

---

d'une partie du corps (p. ex. organe interne/nerf); infection/inflammation; réaction allergique; effets secondaires (p. ex. hémorragie gastrique); hémorragie; réaction allergique grave

---

**Diapositive 25**      **Évènements indésirables au cabinet médical**  
**Exemple 2: analyse du dossier du patient / UK**

Informations complémentaires sur l'étude:

**Erreurs de diagnostic:** diagnostic erroné; diagnostic tardif (hors cancer); diagnostic tardif du cancer

**Erreurs de médication:** absence/insuffisance de traitement médicamenteux; erreur de prescription; erreur de monitoring; adverse drug event; médication non commencée à temps; vaccination

**Erreurs de transfert:** transfert tardif ou non effectué si indiqué

---

**Diapositive 26**      **Évènements indésirables au cabinet médical**  
**Exemple 3: enquête auprès des cabinets de médecins de famille / CH**

Le graphique est disponible sous forme agrandie sur la diapositive suivante (n° 27)

---

**Diapositive 36**      **Communication avec les patients: deux expériences opposées**

Remarques sur l'animation:

L'exemple montre clairement l'effet positif de la communication transparente sur la patiente. Cela contraste avec le gros titre du journal, qui était la conséquence d'une communication non transparente.

Existe-t-il des exemples similaires dans le groupe? Quel a été l'impact des différentes stratégies de communication?

---

**Diapositive 47**      **Gestion des secondes victimes**

Exemples possibles:

- ReMed (offre de la FMH pour les médecins, voir diapositive suivante)
  - Échange au sein du cercle de qualité
  - Réunions d'équipe
  - Etc.
- 

**Diapositive 58**      **Force des mesures**

Remarques sur l'animation:

En annexe à la présentation se trouve une grille vierge du modèle relatif à la force des mesures (voir diapositive précédente). Vous pouvez l'imprimer en grand format et y classer les exemples discutés en groupe à l'aide de post-it.

---

---

Vous pouvez également discuter des exemples de mesures pour savoir si, au quotidien, des mesures plutôt faibles sont prises et pourquoi.

Autres exemples de mesures fortes et faibles:

#### Mesures fortes

- Culture *Speak Up*
- Lecture de codes-barres pour l'identification des patients
- Obligation d'inscrire le poids actuel pour la prescription de médicaments
- Éclairage de la pharmacie du cabinet médical

#### Mesures de force moyenne

- Modification du processus pour réduire les interruptions
- Transfert standardisé
- Formulaires uniformes

#### Mesures faibles

- Avertissements
  - Rappel à l'équipe
  - Double contrôle
  - Formation
-