



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera

# La sécurité des patients dans le secteur ambulatoire

Module 1: bases

**Fondation Sécurité des patients Suisse, 2021**

Dre Katrin Gehring et Prof. David Schwappach



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera



## Impressum

Éditeur: Sécurité des patients Suisse

Auteurs: Dre Katrin Gehring et Prof. David Schwappach

Financement: le projet a été financé par la Fédération des médecins suisses (FMH), que nous remercions chaleureusement.

Citation: Gehring, K., Schwappach, D. (2021). La sécurité des patients dans le secteur ambulatoire. Module 1 Bases. Zurich, Sécurité des patients Suisse.

# Préface

Sécurité des patients Suisse a élaboré ces supports avec le soutien de la FMH. Ils doivent constituer un instrument utile pour les spécialistes de la pratique ambulatoire afin d'aborder les thèmes fondamentaux de la sécurité des patients et d'en discuter dans les cercles de qualité ou au sein de l'équipe du cabinet, ceci dans le but de transmettre le savoir et de sensibiliser au thème de la sécurité des patients. À cette fin, des connaissances actuelles ont été préparées, et des propositions ont été élaborées pour une réflexion commune approfondie sur des points thématiques choisis.

Dans le cadre des développements actuels dans le contexte de la révision de la LAMal, art. 58, la sécurité des patients gagne en importance dans toute la Suisse. Nous souhaitons tenir compte de cette évolution avec ces supports. Nous espérons pouvoir développer d'autres supports dans un futur projet et aborder des thèmes tels que la sécurité de la médication.

L'élaboration a été réalisée en concertation avec le Forum pour cercles de qualité; nous en profitons pour remercier vivement le Dr méd. A. Rohrbasser.

Nous vous souhaitons un débat fructueux!

Prof. Dieter Conen

Prof. David Schwappach

Dre Katrin Gehring

# Contenu

Les supports se composent de deux parties comprenant au total cinq courts chapitres sur des thèmes fondamentaux de la sécurité des patients, qui offrent une première introduction au domaine thématique. Ensemble, les blocs thématiques forment un tout et peuvent 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.

## Partie 1: introduction

- A. Termes et concepts clés (diapositives 7-18)
- B. Évènements indésirables au cabinet médical (diapositives 19-30)

## Partie 2: «Si une erreur se produit malgré tout» (diapositives 31-32)

- C. Communiquer après un évènement (diapositives 33-40)
- D. Soutenir les secondes victimes (diapositives 41-49)
- E. Apprendre des erreurs (diapositives 50-60)

# Utilisation des supports

## Structure du chapitre

Chaque bloc thématique est composé d'éléments récurrents:

- Apport de connaissances (fond blanc)
- Partie interactive/discussion (fond jaune)
- Bibliographie (fond gris)

## Présentation, lecture, animation

- Les diapositives peuvent être utilisées pour la présentation ou imprimées pour une lecture (commune). Les diapositives à fond blanc servent à la transmission du savoir.
- Les diapositives avec des éléments interactifs (fond jaune) offrent des propositions pour la discussion commune et l'approfondissement du thème concerné et servent de support aux animatrices et animateurs.



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera

# Partie 1: introduction

Comment les termes et concepts clés de la sécurité des patients sont-ils définis? Quels sont les principaux facteurs de risque dans le secteur ambulatoire? Vous trouverez des réponses à ces questions dans ces deux chapitres:

- A. Termes et concepts clés
- B. Évènements indésirables au cabinet médical

Dre Katrin Gehring  
Prof. David Schwappach

# Partie 1: introduction

## A. Termes et concepts clés

Ce chapitre donne un aperçu des notions fondamentales de la sécurité des patients et définit *la sécurité des patients, les erreurs, les évènements indésirables et la culture de la sécurité.*

# La sécurité des patients – comment est-elle définie?

« La sécurité des patients est l'absence de tout préjudice évitable pour un patient au cours du processus de soins de santé et la réduction du risque de préjudice inutile associé aux soins de santé à un minimum acceptable. » (WHO)

La sécurité des patients est également...

... un critère de qualité du système de santé.

... un domaine de travail dans la recherche et la gestion de la qualité.

Source: Fondation Sécurité des patients Suisse; Emanuel L. et al. 2008

# Quelle est l'ampleur du problème? Pourquoi aborder le thème de la sécurité des patients? Où en sommes-nous en Suisse?

**USA 1999: l'Institute of Medicine des États-Unis publie le rapport «To err is human».**

**Une information choquante: dans les hôpitaux américains, entre 44 000 et 98 000 personnes meurent chaque année à cause d'une erreur médicale.**

## **Suisse 2020: OFSP lors de la révision de la LAMal**

Plusieurs études internationales montrent qu'en moyenne, une personne sur dix est victime d'un événement indésirable (adverse event) durant son séjour à l'hôpital, un chiffre qui inclut uniquement les incidents documentés dans les dossiers des patients. D'après ces études, près de la moitié de ces événements pourraient être évités. En extrapolant à la Suisse les [résultats](#) publiés par l'Institute of Medicine, on estime qu'entre 2000 et 3000 personnes décèdent chaque année en raison de ce type d'incident. Cependant, la Suisse n'a pas encore réalisé d'étude nationale sur ces événements indésirables.

Sources: Office fédéral de la santé publique, National Health Service, Institute of Medicine

# Termes clés de la sécurité des patients I

## Les erreurs

... sont des actions ou des inactions dues à un écart par rapport à un plan existant (erreur d'exécution), à un plan erroné ou à une absence de plan (erreur de planification).

## Les évènements indésirables

... sont des préjudices subis par les patients à cause de la prise en charge médicale et non de la maladie. Les dommages peuvent aller de légers et temporaires à graves et persistants.

**Remarque: cela ne concerne pas les erreurs médicales au sens juridique du terme.** Les définitions présentées correspondent à la compréhension médico-épidémiologique de la sécurité des patients.

# Termes clés de la sécurité des patients II

## Les erreurs

... peuvent, mais pas obligatoirement, entraîner des dommages.

p. ex. «*near miss*»: un mauvais vaccin a été préparé mais n'a pas été administré, ce qui signifie que les dommages ont été évités.

## Les événements indésirables évitables

reposent sur des erreurs, ont des conséquences dommageables  
p. ex. administration de pénicilline malgré une intolérance connue

## Les événements indésirables

... peuvent, mais pas obligatoirement, reposer sur des erreurs.

p. ex. *complication*: réaction allergique due à une intolérance encore inconnue à une substance active

Les «never events» sont des événements indésirables **graves évitables**, p. ex. la mauvaise jambe a été opérée.

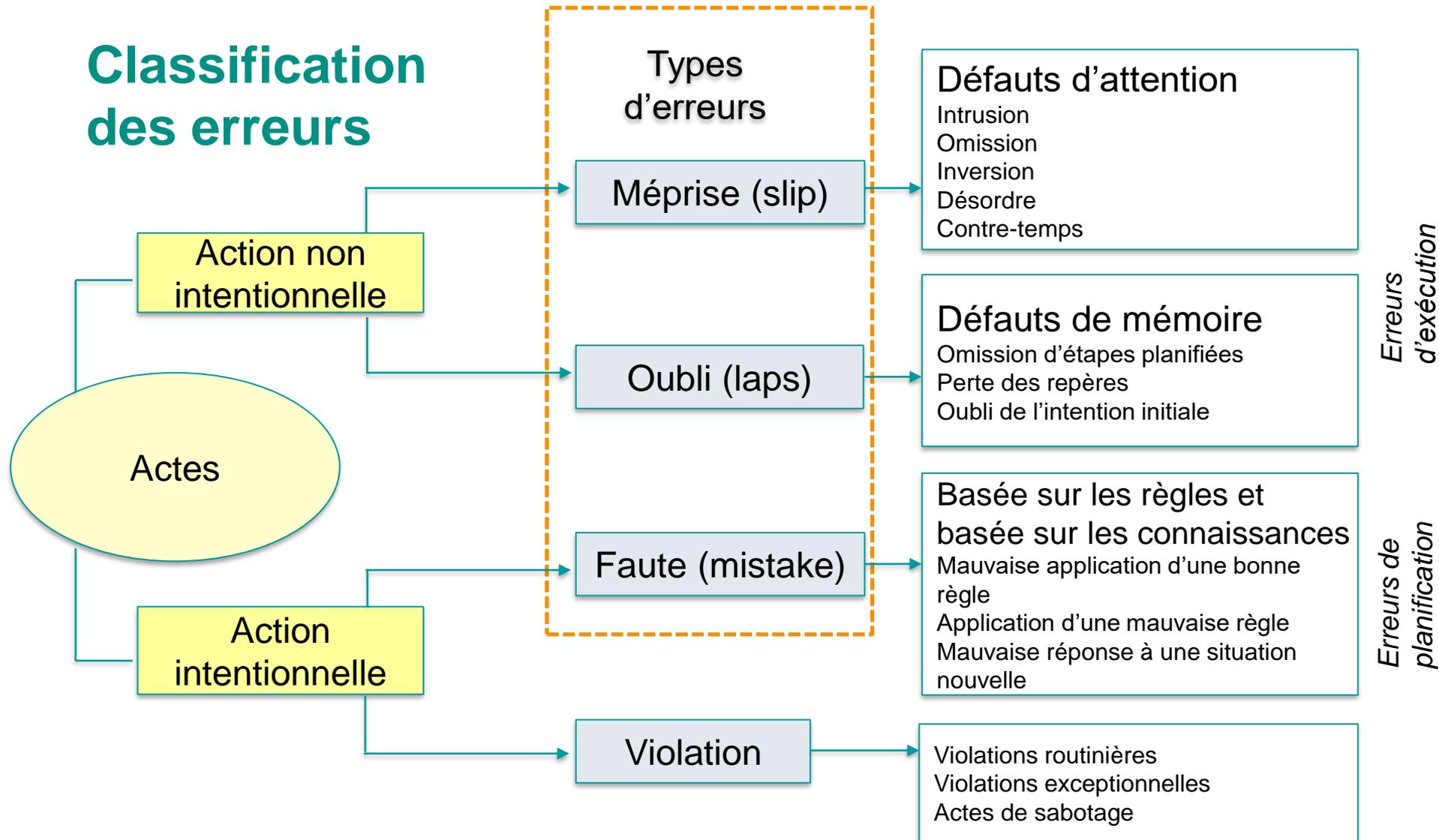
# Approfondissement: classification des erreurs

- Reason a établi une classification des erreurs souvent citée. Elle distingue les **actions intentionnelles** et **non intentionnelles** et sépare clairement les **transgressions** des **erreurs**.

*Représentation de la classification sur la diapositive suivante*

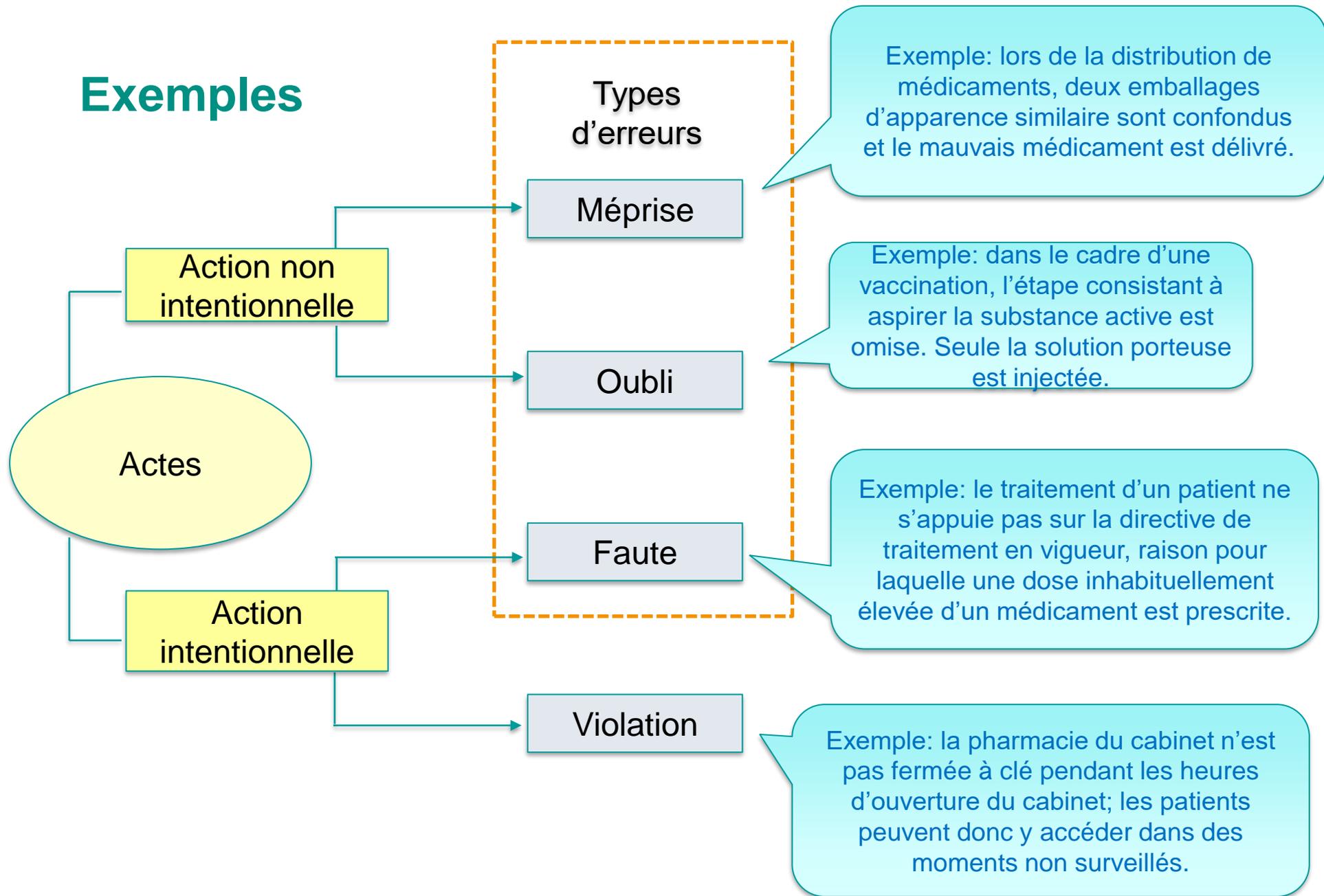
- La classification des erreurs se fait indépendamment des dommages consécutifs.
- La détermination du type d'erreur est surtout pertinente lorsqu'il s'agit de trouver des mesures appropriées pour éviter les erreurs à l'avenir. Ainsi, les mesures visent souvent à éviter les erreurs fondées sur les connaissances, alors que les erreurs dans l'exécution d'actions sont bien plus fréquentes.

# Classification des erreurs



Classification des erreurs modifiée selon Reason 1990  
Source: St. Pierre et Hofinger 2020

# Exemples



# Culture de la sécurité

Les notions de *culture de la sécurité* et de *climat de sécurité* sont sur toutes les lèvres. Cependant, elles ne sont souvent pas utilisées de manière distincte. Dans la littérature spécialisée également, les définitions ne sont pas décrites de manière uniforme et se chevauchent au niveau du contenu.

St. Pierre et Hofinger définissent la culture de la sécurité comme faisant partie de la culture organisationnelle. Elle comprend:

- **Les hypothèses de base d'une organisation en matière de sécurité**
- **Les valeurs et les opinions des collaborateurs de l'organisation**
- **La manifestation de la sécurité dans les structures et les processus**

Source: St. Pierre et Hofinger 2020

# Culture de la sécurité

La culture de la sécurité au sein des cabinets médicaux ou des hôpitaux peut par exemple se manifester de la manière suivante:

- L'organisation a formulé des objectifs et des stratégies en matière de sécurité des patients
- Conviction dans l'équipe qu'il faut accorder une grande priorité à la sécurité des patients
- Utilisation de listes de contrôle de sécurité
- Respect des normes d'hygiène
- Communication ouverte avec les patients après une erreur
- Gestion d'un système de notification des erreurs
- Analyse d'erreurs et d'évènements indésirables
- etc.

## **Discutez de la culture de la sécurité au sein de vos cabinets médicaux:**

Comment un patient ou un nouveau collègue reconnaîtrait-il une bonne culture de la sécurité dans votre cabinet?

# Références et bibliographie

## Bases de la sécurité du patient

- <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/developpement-qualite-en-suisse.html>
- Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, Reason J, Schyve P, Vincent C, Walton M. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. (2008) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. PMID: 21249863.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine.
- <https://qi.elft.nhs.uk/resource/an-organisation-with-a-memory/>
- Schwappach D. (2021). Patientensicherheit. In: Egger M, Razum O, Rieder A, Hrsg. *Public Health Kompakt*. 4<sup>e</sup> édition. Berlin/Munich/Boston: De Gruyter; 161-164.
- St. Pierre M., Hofinger G. (2020). *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*. Berlin: Springer.

### Informations complémentaires

- Aktionsbündnis Patientensicherheit: <https://www.aps-ev.de/>
- Fondation Sécurité des patients Suisse: [www.securitedespatients.ch](http://www.securitedespatients.ch)
- Fondation Sécurité des patients Suisse (2012). Publication n° 4. *L'essentiel sur la sécurité des patients*. Zurich: Fondation Sécurité des patients Suisse.

## Partie 1: introduction

### B. Évènements indésirables au cabinet médical

Quelle est leur fréquence? Quelle est la proportion d'évènements indésirables évitables? Avec quelles conséquences dommageables pour les patientes et les patients concernés? Dans quels domaines de soins se produisent-ils le plus souvent?

Le présent chapitre donne des informations sur l'état des connaissances.

# Sécurité des patients dans le secteur ambulatoire: quelques informations de fond

**L'importance du secteur ambulatoire dans le cadre des soins de santé est indiscutable et se manifeste par:**

- Un grand nombre de contacts avec les patients
- Un transfert des traitements (suivis) vers le secteur ambulatoire
- Des développements politiques (p. ex. «l'ambulatoire avant le stationnaire»)
- Des tendances sociales associées à un besoin élevé de soins ambulatoires (p. ex. sociodémographie, maladies chroniques)

**Pourtant, le mouvement pour la sécurité des patients s'est longtemps concentré sur les soins stationnaires dans les hôpitaux de soins aigus.**

Conséquences:

- Pour le secteur ambulatoire, on dispose de moins de données sur la situation problématique et les causes des risques pour la sécurité.
- Les méthodes et les mesures visant à renforcer la sécurité des patients sont moins développées et moins éprouvées que dans le domaine stationnaire.
- Les concepts ne sont pas systématiquement définis et uniformisés au niveau international (p. ex. pas de définition contraignante du «secteur ambulatoire»).

## À votre avis

Sur 10 patients ambulatoires, combien de personnes, selon le rapport de l'OCDE, rencontrent des problèmes de sécurité lors de leur interaction avec le système de soins?



Source: Aaraan 2018

# Document de travail OCDE



## Estimation basée sur les études internationales existantes:

- Jusqu'à quatre patients sur dix rencontrent des problèmes de sécurité dans leur interaction avec le système de soins ambulatoires.
- Jusqu'à 80% des dommages subis par les patients peuvent être évités.
- Les coûts résultant des examens, traitements et hospitalisations supplémentaires s'élèvent à environ 2,5% des dépenses de santé nationales.

Remarque: le document de travail se base sur la définition suivante des soins de base/ambulatoires: «Non-acute health services delivered in the community setting by a range of providers including general practitioners, nurses, allied health professionals (e.g. pharmacists, dieticians). The services are principally aimed at longitudinally managing the health of individuals and population.» (p. 12)

Source: Aaraan 2018

# Dans quels domaines les évènements indésirables sont-ils fréquents? Avec quelles conséquences pour les patients?

Trois études sélectionnées répondent à ces questions. Elles utilisent différentes approches méthodologiques et ont été réalisées dans différents pays. Néanmoins, les résultats montrent des tendances claires.

Exemple 1:  
**Enquête auprès de patients en Allemagne**



Exemple 2:  
**Analyse de dossiers médicaux en Grande-Bretagne**

Exemple 3:  
**Enquête auprès de médecins de famille et d'assistantes médicales en Suisse**

# Exemple 1: enquête sur l'expérience des patients / D

*Dans le cadre de cette étude, les patients ( $\geq 40$  ans) ont été interrogés sur les problèmes de sécurité qu'ils ont rencontrés dans les cabinets médicaux ambulatoires au cours des 12 derniers mois.*

Open access Original research  
BMJ Open Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey

Max Geraedts  <sup>1</sup> Svenja Krause,<sup>1</sup> Michael Schneider,<sup>1</sup> Annette Ortwein,<sup>1</sup> Johannes Leinert,<sup>2</sup> Werner de Cruppe<sup>1</sup>

## Fréquence et nature des problèmes de sécurité mentionnés

- **14%** des patients rapportent des **problèmes de sécurité**. Ils citent au total **2589 problèmes de sécurité**.
- **61%** des mentions se rapportent à l'**anamnèse/aux processus diagnostiques**
- **15%** des mentions ont un lien avec la **médication**
- **10%** des mentions se rapportent à la **gestion administrative du cabinet**

## Conséquences pour les patients

- **75%** des problèmes de sécurité étaient liés à des **lésions, 35% de façon permanente / >1 mois**
- **32%** des problèmes de sécurité étaient liés à un **traitement supplémentaire, 10% à une hospitalisation**

Source: Geraedts 2020

# Exemple 2: analyse du dossier du patient / UK

ORIGINAL RESEARCH

 OPEN ACCESS

**Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review**

Anthony J Avery <sup>1,2</sup>, Christina Sheehan,<sup>1</sup> Brian Bell,<sup>1</sup> Sarah Armstrong,<sup>3</sup> Darren M Ashcroft,<sup>2,4</sup> Matthew J Boyd <sup>5</sup>, Antony Chuter,<sup>1</sup> Alison Cooper,<sup>6</sup> Ailsa Donnelly,<sup>1</sup> Adrian Edwards,<sup>6</sup> Huw Prosser Evans,<sup>8</sup> Stuart Hellard,<sup>8</sup> Joanne Lynn,<sup>7</sup> Rajnikant Mehta,<sup>8</sup> Sarah Rodgers,<sup>9</sup> Aziz Sheikh <sup>10</sup>, Pam Smith,<sup>11</sup> Huw Williams,<sup>6</sup> Stephen M Campbell,<sup>2,12</sup> Andrew Carson-Stevens<sup>8</sup>

*L'étude a analysé les dossiers médicaux de patients dans des cabinets de premier recours afin d'identifier les causes de dommages significatifs et évitables causés aux patients.*

**Les dommages graves et évitables ont été principalement causés par:**

- des erreurs de diagnostic (60,8%)
- des erreurs de médication (25,7%)
- un transfert tardif (10,8%)

**Un cabinet de taille moyenne comptant 8000 patients enregistre 3 à 4 cas par an.**

Source: Avery et al. 2020

# Exemple 3: enquête auprès des cabinets de médecins de famille / CH

630 assistantes médicales et médecins de famille exerçant dans des réseaux de médecins de Suisse alémanique ont été interrogés par écrit sur le type et la fréquence des évènements survenus dans leur cabinet au cours des 12 derniers mois.

|  |                                     | Schwere des Schadens   |  |   |  |
|--|-------------------------------------|--|--|---|--|
|  |                                     | Gering   | Mäßig  | Kritisch  | Katastrophal   |
|  |                                     | (> 75 % Studienteilnehmer berichten kein Schaden; kein berichteter schwerer Schaden/Tod) | (> 25 % Studienteilnehmer berichten kleiner/mittlerer Schaden kein berichteter schwerer Schaden/Tod)   | (mindestens ein berichteter schwerer Schaden, kein berichteter Todesfall)   | (mindestens ein berichteter Todesfall)   |
| Mittlere Häufigkeit (Ereignisse pro Jahr pro Praxis) | Vereinzelte<br>(< 1 Ereignis)       | 9: Falsche therapeut. Maßnahme<br>23: Medizinisches Material nicht intakt                |  | 10: Therapeut. Maßnahme nicht durchgeführt<br>11: Therapeut. Maßnahme falsch durchgeführt                                       | 12: Patient nach Therapie nicht überwacht  |
|  | Selten<br>(1-3 Ereignisse)          | 14: Kein Einverständnis/ Aufklärung des Patienten<br>22: Medikament abgelaufen           |  | 3: Falsche oder nicht notwendige Untersuchung   | 4: Fehler bei Diagnose oder zu spät<br>6: Medikationsfehler (Interaktion/Kontraindikation) |
|  | Gelegentlich<br>(3-6 Ereignisse)    |  | 15: Fehler bei Patienteninformation Ergebnis Untersuchung/Diagnose<br>19: Testergebnis nicht weiterverarbeitet<br>20: Falsche/späte Information an externe Stelle    | 2: Untersuchung falsch durchgeführt<br>5: Medikationsfehler (Wirkstoff/Form)<br>8: Medikation u. Nebenwirkungen nicht überwacht | 13: Dringlichkeit Patienten-anliegen bei Kontaktaufnahme nicht erkannt                     |
|  | Wahrscheinlich<br>(6-12 Ereignisse) | 1: Indizierte Untersuchung nicht durchgeführt  | 16: Unzureichende Patienteninformation über Medikamentengebrauch<br>18: Fehler Nachrichtenübermittlung<br>21: Information von externer Stelle nicht verfügbar/falsch | 7: Medikament nicht verordnet/verabreicht   |  |
|  | Häufig<br>(> 12 Ereignisse)         |  | 17: Patientendokumentation fehlerhaft, unvollständig, nicht verfügbar  |   |  |

Abbildung 1. Klassifikation der Ereignisse aufgrund der berichteten Häufigkeit des Auftretens (in den vergangenen 12 Monaten) und der Schwere des Schadens (als das Ereignis zum letzten Mal in der Praxis aufgetreten ist).

En raison de leur fréquence d'apparition et de leurs conséquences dommageables pour les patients, les évènements suivants se sont révélés particulièrement pertinents:

- **Absence de surveillance après le traitement**
- **Erreur de diagnostic/diagnostic tardif**
- **Erreur de médication**
- **Urgence non reconnue lors d'un contact téléphonique**
- **Examen mal réalisé**

Source: Gehring et Schwappach 2012

# Exemple 3: enquête auprès des cabinets de médecins de famille / CH

|   |                                     | Schwere des Schadens   |  |   |  |
|---|-------------------------------------|--|--|---|--|
|   |                                     | Gering<br>(≥ 75 % Studienteilnehmer berichten kein Schaden; kein berichteter schwerer Schaden/Tod) | Mäßig<br>(> 25 % Studienteilnehmer berichten kleiner/mittlerer Schaden kein berichteter schwerer Schaden/Tod)  | Kritisch<br>(mindestens ein berichteter schwerer Schaden, kein berichteter Todesfall)   | Katastrophal<br>(mindestens ein berichteter Todesfall)                                     |
| Mittlere Häufigkeit<br>(Ereignisse pro Jahr pro Praxis) | Vereinzelt<br>(< 1 Ereignis)        | 9: Falsche therapeut. Maßnahme<br>23: Medizinisches Material nicht intakt                          |  | 10: Therapeut. Maßnahme nicht durchgeführt<br>11: Therapeut. Maßnahme falsch durchgeführt                                       | 12: Patient nach Therapie nicht überwacht  |
|   | Selten<br>(1–3 Ereignisse)          | 14: Kein Einverständnis/Aufklärung des Patienten<br>22: Medikament abgelaufen                      |  | 3: Falsche oder nicht notwendige Untersuchung   | 4: Fehler bei Diagnose oder zu spät<br>6: Medikationsfehler (Interaktion/Kontraindikation) |
|   | Gelegentlich<br>(3–6 Ereignisse)    |  | 15: Fehler bei Patienteninformation Ergebnis Untersuchung/Diagnose<br>19: Testergebnis nicht weiterverarbeitet<br>20: Falsche/späte Information an externe Stelle    | 2: Untersuchung falsch durchgeführt<br>5: Medikationsfehler (Wirkstoff/Form)<br>8: Medikation u. Nebenwirkungen nicht überwacht | 13: Dringlichkeit Patienten-anliegen bei Kontaktaufnahme nicht erkannt                     |
|   | Wahrscheinlich<br>(6–12 Ereignisse) | 1: Indizierte Untersuchung nicht durchgeführt  | 16: Unzureichende Patienteninformation über Medikamentengebrauch<br>18: Fehler Nachrichtenübermittlung<br>21: Information von externer Stelle nicht verfügbar/falsch | 7: Medikament nicht verordnet/verabreicht   |  |
|   | Häufig<br>(> 12 Ereignisse)         |  | 17: Patientendokumentation fehlerhaft, unvollständig, nicht verfügbar  |   |  |

**Abbildung 1** Klassifikation der Ereignisse aufgrund der berichteten Häufigkeit des Auftretens (in den vergangenen 12 Monaten) und der Schwere des Schadens (als das Ereignis zum letzten Mal in der Praxis aufgetreten ist).

# Conclusion

En dépit d'une base de données limitée dans le secteur ambulatoire et d'approches méthodologiques variées pour la collecte de données empiriques, on peut dire que

- **les erreurs et les évènements indésirables évitables dans le secteur ambulatoire sont fréquents et lourds de conséquences;**
- les facteurs de risque particulièrement pertinents sont le **diagnostic** et la **médication**.

Les résultats de ces études vous surprennent-ils? Lesquels en particulier? Lesquels pas? Pourquoi?

Quels sont les évènements indésirables auxquels vous êtes confrontés dans vos cabinets?

# Références et bibliographie

## Évènements indésirables au cabinet médical

- Avery, A.J., Sheehan, C., Bell, B., Armstrong, S., Ashcroft, D.M., Boyd, M.J., Chuter, A., Cooper, A., Donnelly, A., Edwards, A., Evans, H.P., Hellard, S., Joanne, L., Mehta, R., Rodgers, S., Sheikh, A., Smith, P., Williams, H. Campbell, S.M., Carson-Stevens., A.,(2020). Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note reviews. *BMJ Quality and Safety* 2020;01-16.
- Auraaen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2018). OECD Health Working Papers No. 106. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. In *3rd Global Ministerial Summit on Patient Safety*; Health Working Papers, Issue 106.
- Gehring, K, Schwappach, D. (2012). Die Patientensicherheit in der Grundversorgung – eine Erhebung in Schweizer Hausarztpraxen. *Therapeutische Umschau*, 69, 6, 353-357.
- Geraedts, M., Krause, S., Schneider, M., Ortwein, A., Leinert, J., & de Cruppé, W. (2020). Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey. *BMJ Open*, 10(2), e034617.
- Schrappe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit - Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern* (Hrsg. Aktionsbündnis Patientensicherheit). Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Shekelle, PG, Sarkar U, Shojania K, Wachter RM, McDonald K, Motala A, Smith P, Zipperer L, S. R. (2016). Patient Safety in Ambulatory Settings. Technical Brief No. 27. In *AHRQ Publication: Vol. 16 (17)*.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare. Strategies for the real world*. Cham: Springer Open.

### Bibliographie spécialisée

- Panesar, S. S., deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L. J., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Quality and Safety*, 25(7).
- Sandars, J. (2015). Threats to Patient Safety in Primary Care: A Review of the Research into the Frequency and Nature of Errors in Primary Care. In WONCA Europe (Ed.), *World Book of Family Medicine* (Issue October, pp. 59–60). WONCA Europe.
- Sandars, J., & Esmail, A. (2003). The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. In *Family Practice* (Vol. 20, Issue 3, pp. 231–236). <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/20/3/231>



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera

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

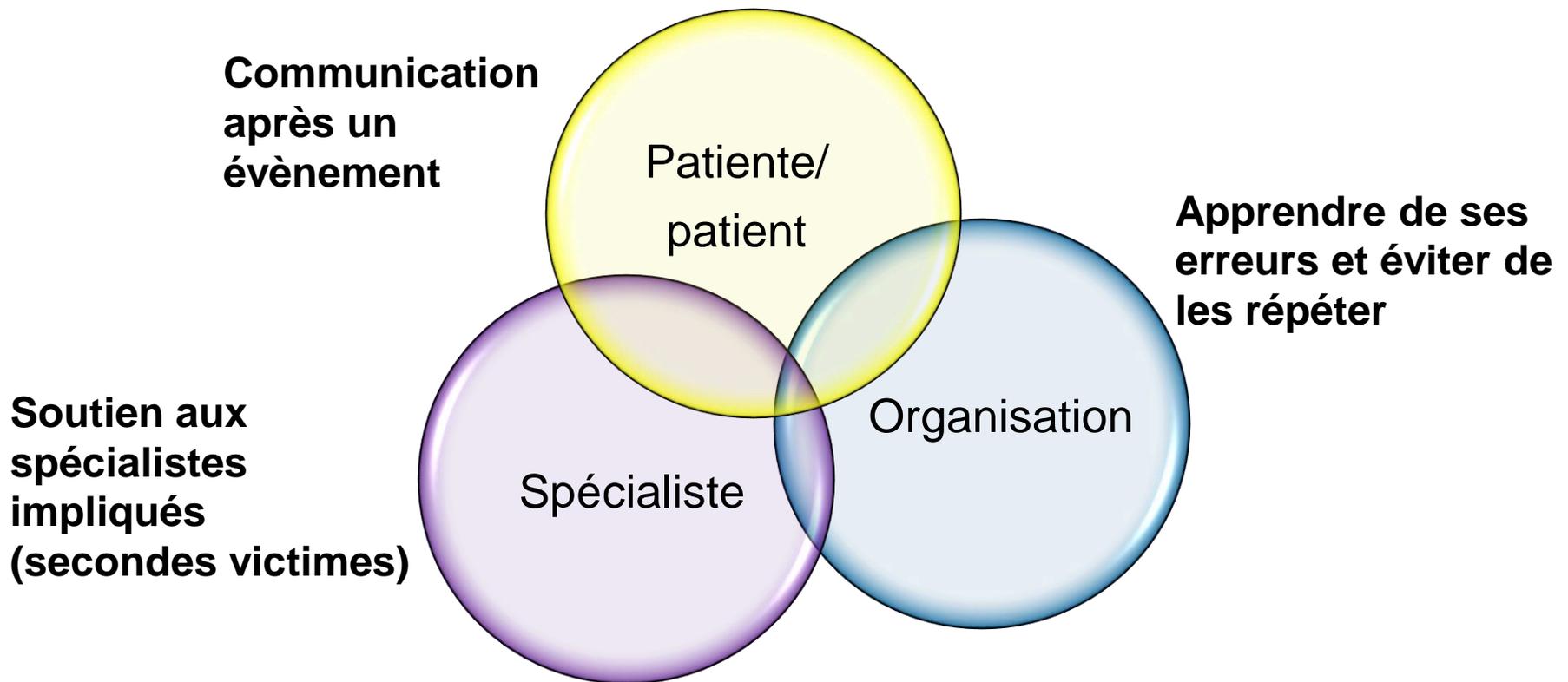
D'après des études menées en Suisse et à l'échelle internationale, des erreurs peuvent se produire, même dans les soins ambulatoires. La gestion des événements comprend notamment les étapes suivantes, qui sont présentées dans les chapitres ci-après:

- C. Communiquer après un événement
- D. Soutenir les secondes victimes
- E. Apprendre des erreurs

Dre Katrin Gehring  
Prof. David Schwappach

# Que faire en cas d'incident?

La priorité absolue et nécessaire dans l'immédiat est d'éviter de nouveaux dommages et de soutenir les patients concernés ainsi que, le cas échéant, leurs proches. D'autres étapes suivent ensuite à différents niveaux:



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

### C. Communication après un évènement

Lorsqu'un évènement indésirable est survenu dans le cadre de la prise en charge, une communication ouverte et de qualité avec les patients revêt une importance capitale. Dans ce chapitre, vous en apprendrez plus sur:

- les écarts entre les souhaits des patients et la communication réelle au quotidien;
- les recommandations pour l'entretien avec les patients.

# Souhait: les patients souhaitent de la transparence

## Les études le montrent:

### Les patientes et les patients souhaitent clairement

- une **communication personnelle, en temps réel et sans équivoque** lorsqu'un évènement indésirable s'est produit
- des **informations** sur l'incident, les causes et les conséquences
- des **mesures** pour éviter que cela ne se reproduise
- **des excuses et l'expression de regrets sincères**

### Une communication appropriée après un évènement indésirable a une influence sur

- les conséquences demandées
- le désir de changer de médecin
- la confiance et la satisfaction

Source: Schwappach D. 2015

# Réalité: la communication ne répond souvent pas aux besoins des patients

## Les études le montrent:

Les médecins sont en principe favorables à une communication ouverte et honnête après les événements. Mais la réalité ne correspond souvent pas à cette image.

## Les raisons:

- Peur des conséquences juridiques et de l'augmentation des primes de l'assurance responsabilité civile
- Crainte d'une atteinte à la réputation
- Incertitude et manque de compétences pour communiquer dans des situations difficiles

Source: Schwappach D. 2015

# Communication avec les patients: deux expériences opposées

1

ZÜRICH SEITE 19

«Die Strategie der Klinik war völlige Vertuschung»

Gros titre d'un quotidien suisse:

« La stratégie de l'hôpital était la dissimulation totale »

2

**Discussion franche avec une patiente – voyez vous-même:**

<https://www.srf.ch/news/schweiz/patientensicherheit-im-fokus-fehlende-fehlerkultur-in-vielen-schweizer-spitaelern>

→ Interview avec la patiente à partir de la minute 4:47

# Recommandations de la FMH et d'autres organisations

## Communication entre médecin et patient <sup>1</sup>

Recommandation en cas d'incident médical

### Recommandation

- ▶ Répondez aux questions de votre patient sur le traitement administré et sur son état de santé.
- ▶ Informez le patient des faits déjà connus dès que possible une fois que vous avez connaissance de l'incident .
- ▶ N'avouez aucune faute.
- ▶ Abstenez-vous de promettre des dommages-intérêts.
- ▶ Faites preuve d'empathie lors d'un entretien personnel.
- ▶ Documentez le traitement.

### Recommandation

Entretenez une communication ouverte et constructive avec les patients.

Source: FMH

# Important à savoir: exprimer des regrets

---

## Communication entre médecin et patient <sup>1</sup>

---

Recommandation en cas d'incident médical

L'information doit se concentrer en priorité sur ce qui s'est passé et sur les conséquences pour le patient. Le médecin peut et doit exprimer ses regrets au patient si l'état de santé indésirable de ce dernier le justifie. Le fait d'exprimer son empathie ne constitue pas un aveu de culpabilité et n'est pas problématique sous l'angle de la responsabilité civile ni sous l'angle pénal. Il n'entraîne ni condamnation par un tribunal, ni refus de payer de la part de l'assurance responsabilité civile.

Source: FMH

## Style de communication:

- Utiliser des termes compréhensibles par tous, clairs et sans ambiguïté.
- Inviter ouvertement le patient à poser des questions.
- Prendre suffisamment de temps.

Source: Schwappach D. 2015

# La communication en pratique

Comment faire preuve d'empathie et exprimer des regrets sans pour autant que cela soit un aveu d'erreur ou de culpabilité? Réfléchissez ensemble.

*Je peux vous assurer que nous allons enquêter sur la manière dont cela s'est produit.*

*Je regrette la situation.*

.....  
.....

# Références et bibliographie

## Communication après un évènement

- FMH. Communication entre médecin et patient. Recommandation en cas d'incident médical. [https://www.fmh.ch/files/pdf15/FMH-Broschre\\_Komm\\_Arzt-Patient\\_F.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf15/FMH-Broschre_Komm_Arzt-Patient_F.pdf)
- Schwappach, D.L.B. (2015). Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesärzteblatt, 58, 80-86.

### Informations complémentaires

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011). Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- NHS National Patient Safety Agency (2009). Being open. Saying sorry when things go wrong. London: National Patient Safety Agency.
- Fondation Sécurité des patients (2006). Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident. Zurich: Fondation Sécurité des patients.

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

### D. Secondes victimes

Les spécialistes impliqués dans un incident vivent une situation particulièrement difficile. Ils sont nombreux à développer par la suite une forte réaction au stress. Vous en saurez plus dans ce chapitre, ainsi que sur la manière dont vous pouvez soutenir vos collègues ou vos collaborateurs après un incident.

# Les erreurs médicales – une situation difficile pour les patients et les professionnels impliqués

En 2000, Wu a introduit les notions de «**first victims**» et de «**second victims**».

Patients concernés

Professionnels  
directement impliqués

**Un exemple de réaction de «secondes victimes»:** des médecins de famille allemands décrivent dans une étude ce qu'ils ressentent après avoir commis une erreur de diagnostic.

*J'étais en colère  
contre moi-même et  
j'avais honte.*



*Choc et  
souffrance*

*Reproches et  
sentiment  
d'échec*

Source: Müller 2020, Wu 2000

# Les erreurs médicales – une situation difficile pour les patients et les professionnels impliqués

## L'exemple d'un médecin non impliqué directement:

---

Jamais je n'oublierai le jour où j'ai assisté mon chef pour une orchidopexie, alors que j'étais en stage en chirurgie pédiatrique. Même si j'avais déjà participé à une telle opération plus d'une douzaine de fois, ce jour-là tout était différent. D'une certaine manière, j'avais le sentiment que mon chef n'était pas vraiment concentré, et que peut-être, pendant la préparation du cordon spermatique, il pensait à autre chose. Quoi qu'il en soit, je pouvais observer que le tissu devenait toujours plus mince, à un point encore jamais vu pour moi. Bien que très étonné, je suis resté silencieux. Et puis vint le moment terrible où le cordon spermatique se rompit, séparant le testicule qui resta dans la main de l'opérateur.

Je me souviens encore très bien à quel point je me suis senti mal, et aujourd'hui, je le ressens encore comme à l'époque. Pendant plusieurs minutes, j'ai vu le malheur qui allait arriver, mais ma timidité, le respect ou la crainte, que sais-je, m'ont empêché de faire part de mon observation. Si je l'avais fait, une tragédie aurait été évitée pour cet enfant et sa famille, mais également une terrible situation pour mon chef. Je n'ai pas osé prendre la parole!

Aujourd'hui, je suis convaincu qu'à l'époque, si l'on m'y avait encouragé activement, j'aurais fait part de mes réserves. Ou même encore: si j'avais senti que je me trouvais en présence d'une culture m'accordant, en ma qualité d'interne, le droit d'exiger une «pause», cet incident aurait pu être évité.

Dr med. Claude Oppikofer  
Spécialiste FMH de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, Montreux

---

Source: Gehring et Schwappach 2016

# Conséquences après un évènement indésirable

**Certaines études montrent que les professionnels impliqués dans un incident développent les réactions suivantes:**

- Réactions aiguës au stress et émotions intenses comme la culpabilité, la honte, la perte de confiance
- Chronicisation chez une partie des professionnels et risque accru de dépression, de burnout et de troubles de stress post-traumatique
- Prévalence du phénomène de seconde victime après un incident d'environ 10 à 40%
- Lien entre les réactions de stress et le risque accru d'erreurs dans les soins aux patients

**En conclusion:** si les professionnels sont impliqués dans un incident, cela peut avoir de graves conséquences personnelles pour eux. De plus, ils courent le risque d'enchaîner les erreurs.

Source: Schwappach D. 2015

# De quoi les collaborateurs concernés ont-ils besoin? Comment les soutenir?

Les professionnels qui ont été impliqués dans un événement indésirable éprouvent un **très grand besoin d'échanger avec leurs collègues**. Il est essentiel à cet égard:

- ▶ de favoriser un échange professionnel
- ▶ de faire preuve d'empathie
- ▶ et de compréhension

**Ce besoin n'est pas moins important lorsqu'il s'agit d'un quasi-incident lors duquel le patient n'a pas subi de dommage.** Le fait de vivre un préjudice potentiel peut également entraîner de fortes réactions chez les professionnels impliqués.

Source: Schwappach D. 2015

# Les éléments suivants sont également importants dans la gestion des secondes victimes:

- Proposer ou octroyer un bref congé de l'activité clinique

- Proposer un entretien collégial actif

- Donner aux personnes impliquées un rôle dans l'analyse des erreurs; les informer des résultats

- Confirmer les compétences professionnelles et l'estime de soi

- Observation attentive pour détecter rapidement l'isolement et le repli sur soi

- Suivi

- Laisser les émotions s'exprimer

- Offrir un soutien professionnel et une réassurance dans le travail clinique

- Faire participer si possible les personnes concernées à la communication avec les patients

- Éviter et proscrire les médisances, le harcèlement, la culpabilisation et le dénigrement des personnes concernées

De quelles possibilités disposez-vous pour soutenir les collègues et les collaborateurs qui ont été impliqués dans un incident? Quelles sont les offres destinées aux médecins et celles destinées aux assistantes médicales?

- » *Dans le cabinet*
- » *Dans le cercle de collègues*
- » *Intégrées dans la structure*

# Exemple

**ReMed** Réseau de soutien pour médecins

deutsch | français | italiano | english

Home **Soutien en cas de crise** Offres complémentaires Comptes rendus d'expérience Services A propos de ReMed

Confidentialité | Droits et devoirs d'annoncer

## ReMed est là pour vous

ReMed vous conseille si vous êtes médecin et en situation de crise. ReMed sera à vos côtés pour vous soutenir dans les 72 heures.

Le soutien se concentre sur:

- la disponibilité (atteignable jour et nuit)
- le respect du secret médical
- des entretiens entre pairs, de médecin à médecin
- l'attention portée à la personne qui cherche conseil
- l'élaboration conjointe des possibilités d'agir
- référer à un expert répondant du secteur ambulatoire ou hospitalier
- mentoring ou groupe de parole
- un soutien avant que la crise ne se déclare

Le contact avec ReMed peut également être établi par l'intermédiaire d'une personne de l'entourage du médecin concerné.

### Le premier pas

Avez-vous besoin de soutien? Un médecin de votre entourage nécessite-t-il une aide?

**24 h sur 24 au**  
0800 0 73633  
0800 0 ReMed

[remed@hin.ch](mailto:remed@hin.ch)

[Contact](#)

Source: <https://remed.fmh.ch/fr/index.html>

# Références et bibliographie

## Secondes victimes

- Gehring, K., Schwappach, D. (Hrsg.) (2016). Quand le silence devient dangereux. Speak Up pour plus de sécurité dans les soins aux patients Zurich: Fondation Sécurité des patients Suisse.
- Müller, B. S., Donner-Banzhoff, N., Beyer, M., Haasenritter, J., Müller, A., & Seifart, C. (2020). Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Family Practice*, 21(1), 53.
- Remed. Réseau de soutien pour médecins. <https://remed.fmh.ch/fr/index.html>
- Schwappach, D.L.B. (2015). Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. *Bundesärzteblatt*, 58, 80-86.
- Wu AW (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320:726–727

### Informations complémentaires

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011). Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Fondation Sécurité des patients Suisse (2010). A la fois auteur et victime. Gestion constructive des erreurs dans les établissements de santé – Recommandations pour les cadres, les collègues et les personnes concernées Zurich: Fondation Sécurité des patients Suisse.

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

### E. Apprendre des erreurs

Deux principes peuvent permettre de tirer des enseignements de ses erreurs:

- Se concentrer sur le système et se demander pourquoi les choses ont mal tourné plutôt que de chercher un responsable.
- Appliquer des mesures aussi efficaces que possible et présentant un potentiel élevé pour empêcher que l'évènement ne se reproduise et pour renforcer la sécurité.

Nous y reviendrons dans ce chapitre.

# Perspective du système: pas *qui*, mais *pourquoi*

**Si l'on considère le système pour tirer des enseignements de ses erreurs, cela signifie que:**

- On ne se focalise pas sur la question de la responsabilité.
- Les actes individuels sont considérés dans leur contexte.
- L'objectif est de comprendre les raisons qui ont mené à une situation dangereuse ou à un évènement.

**Une approche systémique des évènements et des erreurs permet de:**

- déduire des mesures à partir de facteurs ayant contribué à l'évolution d'un évènement et renforcer la sécurité du système et éviter que cela ne se reproduise.

# Perspective du système: pas *qui*, mais *pourquoi*

**Des actions dangereuses ou des erreurs peuvent être provoquées par des facteurs très divers.** Ils peuvent relever de différents domaines, comme par exemple:

- **Tâche:** complexité de la tâche, existence de directives, etc.
- **Personne** (spécialiste, équipe, patient-e): compétences des professionnels, fatigue, communication au sein de l'équipe, situation clinique et complexité de la maladie, etc.
- **Technique et matériel:** existence et fonctionnement d'équipements et de matériels techniques, etc.
- **Situation et environnement de travail:** éclairage, interruptions, charge de travail, etc.
- **Organisation:** culture de la sécurité, offres de formation, structures, etc.
- **Facteurs externes:** régulation, collaboration aux interfaces, etc.

**En conclusion:** observer les actions et les erreurs dans le contexte tout en considérant le système renforce l'acquisition de connaissances et favorise le développement d'une culture d'apprentissage constructive.

# Trois exemples d'apprentissage par l'erreur

|                  | Analyse d'avis CIRS  | Analyse de l'incident   | Discussion de cas dans les revues de mortalité et de morbidité   |
|------------------|--|---|--|
| Type d'évènement | En général, des quasi-dommages, souvent des déclarations anonymes sous forme de textes courts. D'où une base d'informations souvent limitée.   | Tous les types d'évènements et d'erreurs peuvent être analysés, en se concentrant généralement sur les évènements (potentiellement) graves et les évènements à fort potentiel d'apprentissage.                              | Traitement des complications, des procédures de traitement inhabituelles et des décès inattendus.  |
| Caractéristique  | Grâce à un nombre élevé de cas déclarés, les systèmes CIRS ont le potentiel d'identifier des évènements très rares et de mettre en évidence des modèles dans la vue d'ensemble des déclarations. | Grande profondeur d'analyse, compréhension globale du déroulement de l'évènement et identification systématique des facteurs contributifs à tous les niveaux du système (individu, équipe, organisation, système de santé). | Intégration des connaissances et de l'expérience de nombreuses personnes et confrontation collective aux facteurs cognitifs et systémiques. Application jusqu'à présent en milieu hospitalier. |

Malgré leurs différences, les trois «modules» poursuivent un **objectif général commun**: renforcer la sécurité des patients en améliorant les processus et les structures pour éviter que de tels évènements ne se reproduisent.

Sources: APS 2018, 2020; Fondation Sécurité des patients Suisse 2018; Häsler et Schwappach 2019

# Prendre des mesures

Indépendamment du contexte et de la manière dont un évènement indésirable a été analysé:

**!** **Tirer des enseignements de ses erreurs permet de mieux comprendre les évènements et de prendre des mesures appropriées, lorsque cela est possible et nécessaire.** Cela contribue à éviter la répétition d'incidents identiques ou similaires et à renforcer la sécurité des patients.

**Mais quelles sont les mesures les plus efficaces?**

# Les mesures peuvent différer en termes d'efficacité



Niveau du système

**Les mesures au niveau du système** présentent un **potentiel plus important et plus durable pour réduire les risques** et éviter les erreurs. Elles sont toutefois **plus coûteuses, nécessitent du temps et des ressources** et ne sont pas toujours (facilement) réalisables.

*p. ex. forcing functions, culture de la sécurité*

Niveau individuel/ personne



**Les mesures au niveau individuel se concentrent sur l'action individuelle et l'attention des professionnels.** Leur impact est **plus faible** que celui des mesures prises au niveau du système.

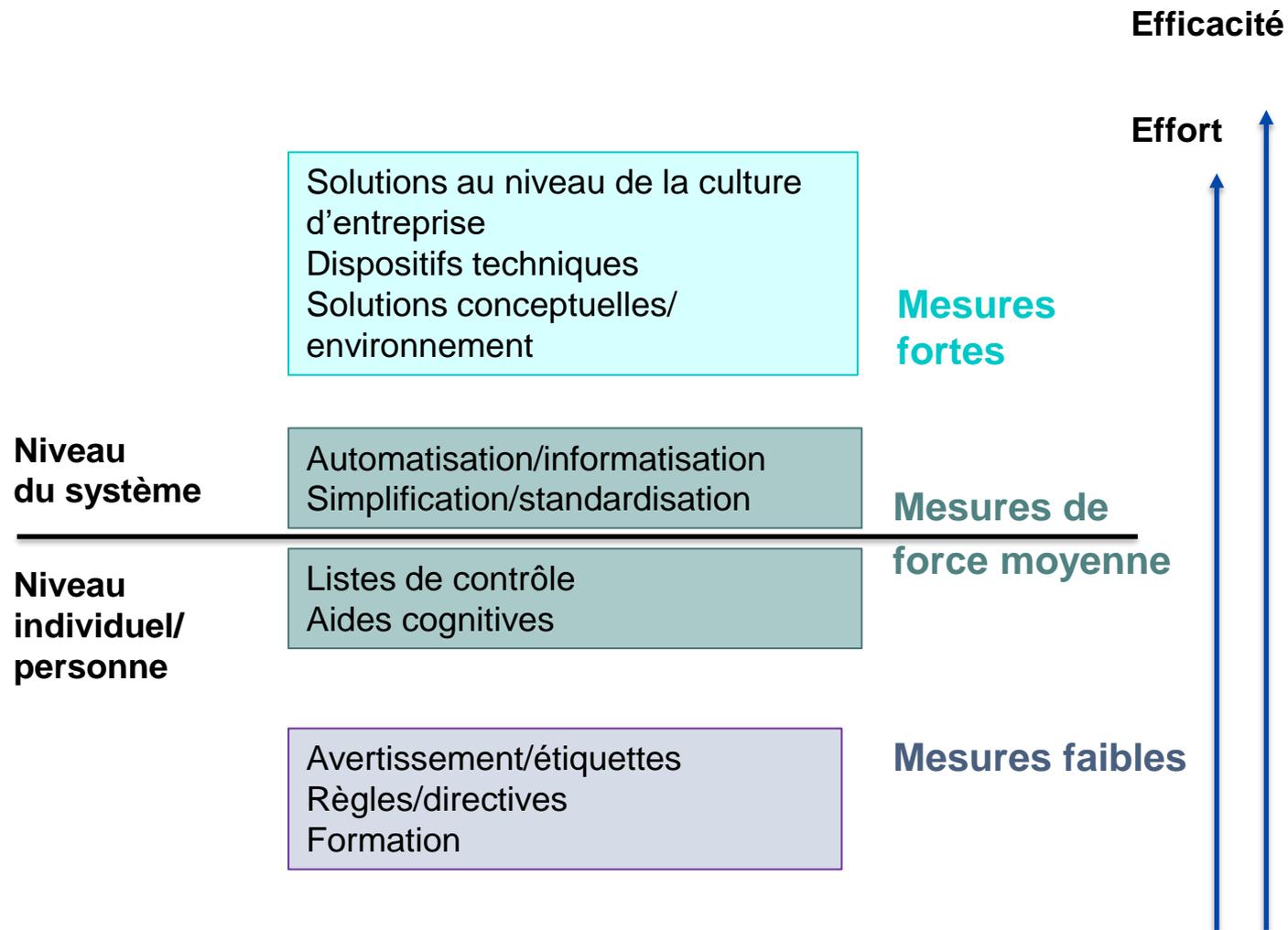
*p. ex. avertissement, formation continue*

Efficacité

Effort



# Force des mesures: exemples



Source: Trbovich & Shojaia 2017

# Conclusion

Même si des mesures fortes ne peuvent souvent pas être mises en œuvre dans les cabinets médicaux individuels ou nécessitent de nombreuses ressources:

**lors de la planification de mesures, il vaut toujours la peine de se demander si une mesure plus forte serait possible.**

*Exemple:* si l'on veut éviter de confondre des médicaments d'apparence similaire, il est plus efficace de placer ces médicaments séparément dans la pharmacie du cabinet plutôt que de se dire qu'il faudra faire plus attention la prochaine fois.

Quelle mesure est forte, laquelle est faible? Intervient-elle au niveau individuel ou au niveau du système? Discutez également de vos propres exemples tirés de votre pratique.

Avertissement sur post-it

Circulaire au cabinet: info sur la nouvelle règle

Rappel à l'équipe du principe de double contrôle

Bon éclairage dans la pharmacie

Instaurer une culture *Speak Up*

Lecture de codes-barres pour l'identification des patients

Formation continue

Adaptation du design de l'emballage du médicament

Champ obligatoire: obligation de saisir, p. ex. poids actuel, dans l'outil de prescription

Introduction check-list chirurgicale pour les interventions ambulatoires

Adaptation du processus pour éviter les interruptions lors du triage téléphonique

# Références et bibliographie

## Apprendre des erreurs

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (2018). Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin [Internet]. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). (2020). Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B.-T., Alvarado, C. J., Smith, M., Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*, 15 (Suppl 1): i50-i58.
- Häslér L, Schwappach D. (2019). *Revue de morbidité et de mortalité – Guide de mise en oeuvre*. Zurich: Fondation Sécurité des patients Suisse.
- Fondation Sécurité des patients Suisse. *Recommandations pour l'exploitation d'un système de rapport et d'apprentissage (CIRS)* [Internet]. Zurich; 2018. Available from: <https://www.securitedespatients.ch/cirnet/telechargements/>
- NHS Education for Scotland (2011). *Significant Event Analysis. Guidance for Primary Care Teams*. Edinburgh: NHS Education for Scotland.
- Trbovich, P., Shojania, K.G., (2017). Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. *BMJ Quality and Safety*. Online First, 2017, 0.1-4.

### Informations complémentaires

- CIRNET Fondation Sécurité des patients Suisse: <https://www.securitedespatients.ch/cirnet/>
- Projet CIRS forte: <https://www.cirsforte.de/>

# Conclusion: «Si une erreur se produit malgré tout»

- Pour gérer un évènement de manière appropriée, des mesures doivent être prises à plusieurs niveaux: **patient, professionnel et organisation.**
- **La sincérité, l'empathie et une bonne communication sont essentielles:** dans la gestion des premières et secondes victimes ainsi que dans l'apprentissage par l'erreur au sein de l'organisation.
- L'apprentissage par l'erreur combine également les trois niveaux: les patients souhaitent que l'organisation tire des enseignements de ses erreurs et que les futurs patients ne vivent pas une situation similaire. Les secondes victimes peuvent être soulagées si une analyse est effectuée au niveau du système et met l'accent sur les facteurs contextuels, et si elles ne subissent pas de reproches.



# Force des mesures

