

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 4

l'essentiel

L'essentiel
sur la sécurité
des patients

Charles Vincent



sécurité des patients suisse

La Fondation pour la Sécurité des Patients ...

- ... a été fondée en décembre 2003, en tant qu'œuvre commune, par la Confédération, l'Académie Suisse des Sciences Médicales, les associations regroupant les professions de la santé, le canton du Tessin et l'Organisation suisse des patients;
- ... s'est affirmée en tant que plateforme nationale pour la promotion de la sécurité des patients;
- ... est actuellement dans un processus dynamique de développement et d'évolution;
- ... encourage, coordonne et développe des activités, méthodes, projets et connaissances pratiques permettant d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs dans le système de santé;
- ... conduit des recherches et accompagne des activités scientifiques;
- ... dans ce but, travaille en réseau et sous d'autres formes de coopération, entre autres avec les institutions de soutien, les prestataires de services, les associations, les autorités, les experts, les financiers, les organisations de patients;
- ... fonde ses activités sur un large soutien de tous ses partenaires.

Les organisations suivantes sont représentées ...

- ... Académie Suisse des Sciences Médicales – ASSM
- ... Confédération helvétique – Office fédéral de la santé publique OFSP
- ... Fédération des médecins suisses – FMH
- ... Association suisse des infirmières et infirmiers – ASI
- ... Association pour les sciences infirmières – APSI
- ... Société suisse des médecins-dentistes – SSO
- ... Société Suisse des Pharmaciens – pharmaSuisse
- ... Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux – GSASA
- ... Association suisse de physiothérapie – physioswiss
- ... Organisation suisse des patients – OSP
- ... Ente Ospedaliero Cantonale du Tessin – EOC
- ... H+ – Les Hôpitaux de Suisse
- ... Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux – FSDH
- ... Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmCh
- ... Collège de médecine de premier recours – CMPR
- ... Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – CDS

La Fondation est soutenue et financée par ...

- ... ses organisations de soutien (voir plus haut);
- ... les cantons suivants: Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Glaris, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Schaffhouse, Schwyz, Soleure, St Gall, Thurgovie, Tessin, Uri, Vaud, Valais, Zoug, Zurich
- ... des donateurs, des mécènes, des sponsors et des partenaires;
- ... le produit de ses propres prestations et services;
- ... la coopération avec des spécialistes engagés et des organisations partenaires en Suisse et à l'étranger.

publication

sécurité des patients suisse

N° 4

PATIENTSAFETY

CHARLES VINCENT

L'essentiel sur la sécurité des patients

Charles Vincent

Conseil consultatif de la Fondation pour la Sécurité des Patients
Professor of Clinical Safety Research, Imperial Centre for
Patient Safety and Service Quality, Department of Surgery and
Cancer, Imperial College of Science, Technology & Medicine
London UK, c.vincent@imperial.ac.uk, www.cpssq.org

Titre original: «The Essentials of Patient Safety»

La présente introduction à la sécurité des patients est
une adaptation du livre *Patient Safety* (2^e édition).

Cet ouvrage de référence pour les praticiens, les étudiants
et les fournisseurs de soins analyse en détail l'environ-
nement des soins de santé et l'application pratique des
régimes de sécurité. Il est disponible en librairie, en ligne
et sur le site de l'éditeur Wiley-Blackwell, à l'adresse
www.wiley.com/buy/9781405192217.

WILEY-BLACKWELL

BMJ Books

Editeur de la version allemande et française:
Fondation pour la Sécurité des Patients

© Charles Vincent / Wiley-Blackwell et
Fondation pour la Sécurité des Patients

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

Impressum

Editeur: Fondation pour la Sécurité des Patients

Graphisme: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurich

Traduction: mimetis, Grand-Lancy

Lectorat: Paula Bezzola

Impression: DE Druck AG, Effretikon

Juillet 2012

© Charles Vincent / Wiley-Blackwell et Fondation pour la Sécurité des Patients

Cet ouvrage fait partie de la vaste série des publications de la Fondation pour la Sécurité des Patients traitant des divers aspects de la sécurité des patients et de la gestion du risque clinique. Des informations concernant tous ces documents et leurs possibilités de commande figurent sous www.patientensicherheit.ch.

Table des matières

Préface de la Fondation pour la Sécurité des Patients	8
Préface de l'auteur	9
1. L'évolution de la sécurité des patients	11
2. Evaluer les préjudices causés aux patients	17
3. Comprendre comment les choses tournent mal	25
4. Améliorer les processus et les systèmes de soins	35
5. Les humains font la sécurité	43
6. Les conséquences	55
Littérature	63

Pour des raisons de confort de lecture, nous avons renoncé à la désignation systématique des personnes au féminin et au masculin. Dans tous les cas, les deux sexes sont concernés.

Préface de la Fondation pour la Sécurité des Patients

Membre du conseil consultatif de la Fondation pour la Sécurité des Patients, Charles Vincent est l'auteur du texte que vous tenez entre vos mains et qui s'inspire de son livre phare «Patient Safety», disponible en librairie. Nous le remercions de nous avoir autorisé à publier ce document (paru en anglais sous le titre «The Essentials of Patient Safety») en français et en allemand.

Charles Vincent est un spécialiste de la sécurité des patients de renommée mondiale. A la fois pointu et captivant, son texte offre une excellente introduction à cette thématique complexe et aborde des aspects centraux de la gestion des risques cliniques.

Si ce document sera très utile à tous ceux qui souhaitent se familiariser avec ce sujet, il sera tout aussi précieux pour les experts et les personnes qui traitent de la sécurité des patients et de la gestion des risques cliniques depuis de nombreuses années. Il aide en effet à remettre les choses à plat et à réfléchir à l'essentiel, tout en encourageant à intensifier son engagement et à approfondir ses connaissances. A cet égard, nous ne pouvons que recommander l'ouvrage de référence de Charles Vincent «Patient Safety» (2^e édition).

En tant que plateforme nationale pour la sécurité des patients en Suisse, nous nous investissons dans tous les domaines liés à cette problématique. Nous proposons notamment des cours, du matériel d'information, des stratégies et des données scientifiques, en particulier sur les aspects suivants de la gestion des risques cliniques:

- Recherche, mesure et évaluation concernant la sécurité des patients et les approches permettant d'apporter des améliorations dans plusieurs sous-domaines
- Diffusion de connaissances
- Analyse systémique des erreurs axée sur l'apprentissage
- Communication et contact avec les patients et leurs proches à la suite d'un incident
- Attitude constructive envers le personnel concerné par une erreur ou un incident
- Participation des patients à la prévention des erreurs
- Promotion d'une chirurgie plus sûre
- Promotion de la sécurité de la médication
- Exploitation de CIRNET®, réseau de systèmes locaux de déclaration des erreurs
- Publication de recommandations sur différents points critiques pour la sécurité des patients, par exemple sous forme de Quick Alerts® (alertes rapides)

Notre action ainsi que celle de nos nombreux partenaires de coopération et de projet vont dans le même sens que les priorités mises en évidence dans le texte de Charles Vincent, ce qui confirme le bien-fondé de notre travail. Vous trouverez toutes les informations sur nos projets et nos prestations sur le site www.patientensicherheit.ch, où vous pouvez également vous inscrire à des cours et des activités ou obtenir de la documentation. Nous vous invitons à faire fructifier ces connaissances et vous souhaitons bonne lecture.

D^r Marc-Anton Hochreutener,
directeur de la Fondation pour la Sécurité
des Patients

Préface de l'auteur

La sécurité est au cœur de la qualité des soins dispensés aux patients. Si un membre de votre famille doit être hospitalisé ou recevoir un traitement dans un autre contexte, vous souhaitez par-dessus tout qu'il soit en sécurité. Il y a quelque chose d'horifiant dans l'idée de subir un préjudice – ou d'en causer un – dans un environnement de confiance dédié aux soins. Je suis convaincu que la sécurité est un point central et essentiel de la prise en charge des patients. Le médecin ou l'organisation qui parvient à garder cet objectif en ligne de mire parmi maintes autres priorités concurrentes est à la hauteur du défi et offre les soins dont nous voudrions tous bénéficier.

Cependant, comme vous le verrez, bien que le système de soins nous apporte d'énormes bénéfices, nous avons la preuve que les erreurs sont fréquentes et que les patients subissent souvent des préjudices. Leur nature et leur ampleur sont difficiles à appréhender. Ils touchent chaque année des centaines de milliers de personnes de par le monde et sont autant de tragédies individuelles: traumatismes, souffrances inutiles, handicaps, décès. Les interruptions ou les retards dans les soins dus à des erreurs ou à d'autres problèmes mineurs sont aussi fréquents. Si ces incidents ne sont pas aussi graves pour les patients, ils n'en représentent pas moins une ponction immense et incessante sur des ressources de santé déjà rares.

Comment rendre les soins plus sûrs? La question n'est pas simple et il est plus difficile encore de concrétiser cette volonté, car la plus grande industrie de la planète se distingue par une extraordinaire diversité en termes d'activités et de modes de fonctionnement. Nous sommes face à une multitude de problèmes particulièrement ardues qui sont profondément ancrés dans nos systèmes de soins. Le défi de comprendre et créer la sécurité n'est pas moins grand que celui de comprendre les systèmes biologiques sur lesquels la médecine cherche à influencer.

La présente introduction à la sécurité des patients s'inspire de mon livre *Patient Safety* (2^e édition, 2010), dont elle reprend l'essentiel sous une forme accessible à tous. J'y présente l'évolution de la sécurité des patients, la recherche dans ce domaine, la compréhension des incidents ainsi que les actions pratiques nécessaires pour réduire les erreurs et les préjudices et, lorsqu'ils se produisent, venir en aide aux personnes concernées. L'ouvrage principal traite ces aspects plus en profondeur et aborde également d'autres sujets, tels que les mesures, la culture de la sécurité, la conception matérielle, les campagnes pour la sécurité et les organisations sûres.

J'espère que cette introduction contribuera à vous convaincre de l'importance cruciale – et universelle – de cette problématique pour les patients comme pour le personnel de santé. Je souhaite qu'elle vous donne envie d'en savoir plus sur la sécurité des patients et vous encourage à vous joindre à celles et ceux qui œuvrent pour des soins plus sûrs. Si la prise en charge individuelle des patients offre des bénéfices évidents et immédiats, travailler à améliorer la sécurité des soins en général peut au final profiter au plus grand nombre.

Charles Vincent
Londres, août 2011

- 12 Définir la sécurité des patients
- 13 Sécurité des patients – réduire les préjudices ou réduire les erreurs?
- 13 Tragédies et occasions de changement
- 13 L'erreur médicale
- 15 La sécurité des patients fait les gros titres suite à des rapports publiés par des professionnels et des gouvernements
- 15 Tirer les leçons des événements indésirables au sein du NHS britannique
- 16 L'essentiel en bref
- 16 Littérature



1

L'évolution de la sécurité des patients

1. L'évolution de la sécurité des patients

Les erreurs médicales et les préjudices causés aux patients sont décrits et étudiés depuis plus d'un siècle déjà. Toutefois, mis à part quelques pionniers isolés, les professionnels du monde médical et infirmier ne semblaient pas avoir pris la mesure du problème et, si tant est qu'ils en étaient conscients, ils n'étaient pas prêts à le reconnaître. La grande majorité du personnel clinique a certes toujours veillé à la sécurité des soins dans sa pratique personnelle. Cependant, la sécurité des patients est un objectif plus vaste, pour lequel il faut voir au-delà du patient en tant qu'individu pour considérer les caractéristiques mêmes du système de soins.

Les erreurs médicales et les préjudices subis par les patients sont aujourd'hui reconnus et débattus publiquement par les professionnels de la santé, les politiques et le grand public, ce qui constitue l'une des grandes avancées de ces dix dernières années. Auparavant, l'erreur médicale était rarement admise

auprès des patients, presque jamais évoquée dans les journaux de médecine et totalement ignorée des gouvernements. Le fait que des milliers ou, plus probablement, des millions de personnes soient lésées inutilement et que d'importantes sommes d'argent soient perdues semble avoir échappé à l'attention générale. Cela paraît bien étrange. Un peu comme si une épidémie faisait rage dans un pays sans que personne n'y prête attention ni ne songe à en rechercher les causes.

Comment la sécurité des patients a-t-elle évolué et pris la place qui lui revient aujourd'hui? Ce premier chapitre donne un aperçu des principales influences dans ce domaine et montre comment ce sujet est devenu incontournable tant dans la pratique que dans la politique.

Définir la sécurité des patients

Assurer la sécurité des soins de santé fait partie de la mission plus large de garantir des soins de qualité sur plusieurs plans. L'académie américaine des sciences médicales, *l'Institute of Medicine* (1), définit à cet égard six dimensions (encadré 1.1). En tête de liste, la sécurité constitue peut-être l'aspect le plus critique pour les patients et leurs familles. La sécurité des patients peut simplement être définie comme:

«Le fait d'éviter et de prévenir les résultats indésirables ou les préjudices consécutifs à la prise en charge thérapeutique et d'en atténuer ses conséquences lorsqu'ils se produisent.» (2)

Encadré 1.1

Les dimensions de la qualité

Sécurité – éviter que les patients subissent des préjudices suite à une prise en charge thérapeutique.

Efficacité – fournir des prestations fondées sur des connaissances scientifiques à tous ceux qui pourraient en bénéficier et s'abstenir d'intervenir dans les autres cas (éviter la sous-utilisation et la surutilisation).

Focalisation sur le patient – assurer des soins qui respectent chaque patient et tiennent compte de ses préférences personnelles, de ses besoins et de ses valeurs, ces dernières devant guider toutes les décisions cliniques.

Intervention en temps utile – éviter les attentes et, parfois, les retards préjudiciables à la fois pour ceux qui reçoivent les soins et ceux qui les donnent.

Efficience – éviter le gaspillage, en particulier la perte d'équipements, de matériel, d'idées et d'énergie.

Equité – assurer des soins de même qualité à tous les patients, quels que soient leur genre, leur origine ethnique, leur provenance et leur statut socioéconomique.

Cette définition inclut la prise en compte des conséquences des résultats indésirables ou des préjudices causés, ce qui élargit la vision traditionnelle de la sécurité pour intégrer ce qui correspondrait, dans de nombreuses entreprises, à la gestion des catastrophes. Dans le domaine des soins de santé, il s'agit bien évidemment d'intervenir rapidement au plan médical pour traiter la crise immédiate, mais aussi de s'occuper des victimes et de soutenir le personnel concerné.

Sécurité des patients – réduire les préjudices ou réduire les erreurs?

La sécurité des patients est parfois assimilée à la prévention des erreurs (3). Cette assumption paraît sans conséquence au premier abord, mais peut sérieusement limiter la portée de l'entreprise. S'il va de soi que la compréhension des erreurs est fondamentale pour la sécurité des patients, les avis divergent sur la nécessité d'axer la recherche et la pratique en la matière sur les erreurs ou sur les préjudices causés (4). Si l'on considère l'objectif global de la sécurité des patients, plusieurs éléments plaident pour une prise en compte particulière du préjudice.

- Les patients se préoccupent essentiellement du préjudice. Nous pouvons tous accepter des erreurs dans les soins qui nous sont prodigués, dans une certaine mesure du moins, tant qu'il n'en résulte pas de dommage.
- Tous les préjudices ne sont pas liés à des erreurs. Dans le domaine des soins de santé, les formes de préjudices sont nombreuses: complications opératoires, infection causée par une injection inappropriée ou pratiquée dans de mauvaises conditions ou par une hospitalisation dans un hôpital surpeuplé, effets indésirables médicamenteux, surdose due à une pompe à perfusion mal conçue, etc. En assimilant la sécurité des patients à la diminution des erreurs, on court le risque de négliger les types de préjudices qui ne sont pas dus à des erreurs ou qui le sont en partie seulement.
- De nombreuses erreurs ne causent pas de préjudice et peuvent en fait être nécessaires pour l'apprentissage et le maintien de la sécurité. Les chirurgiens peuvent par exemple commettre un certain nombre de petites erreurs durant une intervention

sans que celles-ci ne compromettent la sécurité du patient ou le résultat final de l'opération (5).

Tragédies et occasions de changement

«Betsy Lehman, journaliste au Boston Globe et experte en matière de santé, est morte d'une surdose de chimiothérapie. Willie King a été amputé de la mauvaise jambe. Ben Kolb avait huit ans quand il a succombé à une intervention «mineure» suite à une confusion de médicaments. Ces histoires terribles qui font la une des journaux ne sont que la pointe de l'iceberg.»

(Premier paragraphe du rapport de l'Institute of Medicine, To err is human (1))

Quelques cas sont très médiatisés et suscitent des réactions contrastées. Toutefois, ces histoires sont généralement rapportées de manière simpliste sans rendre compte de ce qui s'est réellement passé alors que, comme nous le verrons, les causes de ces incidents sont souvent complexes. De plus, ces tragédies vont symboliser la peur d'un échec plus vaste du système de soins, provoquant une plus grande crainte des erreurs médicales (6). Peut-être que la question n'est pas de trouver un bon docteur? Peut-être que le système lui-même n'est pas sûr? Ces préoccupations se répandent rapidement en cas de preuves avérées de problèmes de longue date et d'une série de décès tragiques dans un service. Ceci est bien illustré par l'affaire de la *Bristol Royal Infirmary* (encadré 1.2), une célèbre enquête sur la chirurgie cardiaque pédiatrique qui est encore gravée dans les mémoires en Grande-Bretagne (7). Bon nombre d'autres pays ont aussi connu des catastrophes de cette ampleur.

L'erreur médicale

Il y a vingt ans, l'erreur médicale n'était pratiquement jamais mentionnée dans la littérature médicale et encore moins débattue publiquement. En 1994, Lucian Leape, un chirurgien de Harvard, publia un document pionnier et déterminant (8) qui traitait directement de la question de l'erreur en médecine et ouvrait des perspectives entièrement nouvelles. Leape notait tout d'abord qu'un certain nombre d'études suggéraient que les taux d'erreurs dans ce domaine étaient particulièrement élevés, que

Encadré 1.2

Récit des événements ayant conduit à l'enquête de Bristol

A la fin des années 1980, quelques membres du personnel clinique de la *Bristol Royal Infirmary* commencèrent à faire part de leurs inquiétudes concernant la qualité des soins dispensés par deux chirurgiens en cardiologie pédiatrique, signalant que la mortalité était beaucoup plus élevée que dans d'autres unités comparables. Entre 1989 et 1994, un conflit incessant à ce sujet opposa les chirurgiens, les anesthésistes, les cardiologues et les dirigeants de l'hôpital. Un accord fut finalement trouvé avec la décision de nommer un chirurgien spécialisé en cardiologie pédiatrique et d'appliquer immédiatement un moratoire sur une série de procédures. En janvier 1995, avant l'arrivée du spécialiste, un jeune enfant fut opéré contre l'avis des anesthésistes, de quelques chirurgiens et du Département de la santé. Il succomba à l'opération. Suite à ce décès, d'autres interventions furent interdites, une enquête externe fut ordonnée et les médias locaux et nationaux s'emparèrent de l'affaire.

Des parents se plaignirent auprès de l'ordre des médecins qui, en 1997, examina le cas de 53 enfants, dont 29 étaient décédés et quatre avaient souffert de sévères lésions cérébrales. Trois médecins furent reconnus coupables de fautes professionnelles graves et deux furent rayés de la liste des médecins enregistrés.

Le Secrétaire d'Etat à la santé demanda immédiatement une enquête. Placée sous la direction du professeur Ian Kennedy, elle débuta en octobre 1998 et coûta 14 millions de livres. Le rapport publié en juillet 2001 contenait près de 200 recommandations.

Adapté de Walshe et Offen 2001

l'erreur était un sujet sensible émotionnellement et que la médecine devait commencer à s'attaquer sérieusement à ce problème comme l'avaient fait avant elle d'autres industries à haut risque. Il constatait que la prévention des erreurs en médecine suivait typiquement ce qu'il appelait «le modèle de la perfectibilité». Si les médecins et les infirmières étaient motivés et bien formés, ils ne devaient pas faire d'erreurs. Et s'ils en commettaient, la punition sous forme de blâme ou de sanction constituait le remède le plus efficace pour éviter de nouveaux incidents. Leape résumait son constat ainsi:

«La culture professionnelle des médecins et du personnel infirmier utilise la punition pour les inciter à travailler de manière irréprochable. Les erreurs sont dues à un manque d'attention ou, pire, à un manque de discipline et de contrôle.»

(Leape 1994 p. 1852)

S'appuyant sur la psychologie de l'erreur et des performances humaines, Leape rejetait cette croyance pour plusieurs raisons.

- Souvent, de nombreuses erreurs se situent à un niveau dépassant le contrôle que l'individu peut exercer consciemment; elles sont fréquemment causées par un grand nombre de facteurs sur lesquels l'individu n'a pas de prise.
- Les systèmes tablant sur le risque zéro sont voués à l'échec.
- La prévention des erreurs fondée exclusivement sur la sanction et la formation est inefficace.

Leape affirmait que les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les administrateurs devaient changer radicalement leur manière de voir les erreurs s'ils voulaient arriver à en diminuer la fréquence dans le domaine des soins hospitaliers (8). Il déclarait explicitement que les solutions au problème des erreurs médicales relevaient davantage de la psychologie et des facteurs humains que de la médecine. Il formulait enfin des propositions pour une réduction des erreurs qui tienne compte des limitations et de la faillibilité de l'être humain et tende vers un changement des conditions de travail au lieu de miser sur la formation.

La sécurité des patients fait les gros titres suite à des rapports publiés par des professionnels et des gouvernements

En 1999, l'Institute of Medicine publia un rapport intitulé «To err is human» (L'erreur est humaine) (1) qui mettait crûment en lumière les préjudices subis par les patients recevant des soins de santé aux Etats-Unis et demandait d'agir en faveur de leur sécurité à tous les niveaux du système de soins. Sans aucun doute, la parution de ce rapport donna un signal crucial pour le développement de la sécurité des patients, provoquant une prise de conscience chez le public et le monde politique et réveillant la volonté politique et professionnelle aux plus hauts niveaux aux Etats-Unis.

Le président Clinton commanda une étude gouvernementale sur la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport. Lucian Leape se souvient que c'est avant tout une statistique particulière qui retint l'attention et poussa au changement:

«Bien que l'objectif du rapport et le cœur de ses recommandations aient consisté à susciter un effort national pour améliorer la sécurité des patients, ce qui a d'abord retenu l'attention du public, c'est la déclaration selon laquelle 44 000 à 98 000 personnes décédaient chaque année dans les hôpitaux américains à la suite d'erreurs médicales.» (9)

Premier volet d'une série de rapports sur la sécurité et la qualité publiés par l'institut, ce document avait une portée beaucoup plus importante que ne le suggèrent les chiffres qui ont fait les gros titres. Il passait en revue un grand nombre d'études sur les erreurs et les préjudices ainsi que sur les causes de ces derniers, sur les caractéristiques d'un système sûr ou peu sûr ainsi que sur le rôle des dirigeants et des réglementations. Le rapport avait pour but principal de faire de la sécurité des patients un enjeu incontournable dans un système de soins moderne, et ce en créant des centres et des programmes nationaux, en développant et en améliorant les systèmes de déclaration et en ancrant la sécurité dans la pratique clinique avec la participation des praticiens, des bénéficiaires de soins, des agences de réglementation et du public.

Tirer les leçons des événements indésirables au sein du NHS britannique

Depuis la publication de «To err is human», plusieurs gouvernements et organisations professionnelles ont fait paraître des rapports et des communiqués officiels sur la sécurité des patients. L'équivalent britannique du rapport américain fut préparé par un groupe placé sous la direction du professeur Liam Donaldson, *Chief Medical Officer* (conseiller du gouvernement pour les affaires médicales) (10). Cette fois, le texte émanait directement du gouvernement et sa publication fut courageusement autorisée par le Secrétaire d'Etat à la santé de l'époque, Alan Milburn.

Ce rapport mettait essentiellement l'accent sur l'apprentissage. Passant en revue les systèmes permettant d'apprendre des erreurs au sein du *National Health Service* (NHS), il identifiait de nombreuses failles dans les processus et mettait en lumière le contraste avec d'autres industries à haut risque. Le document insistait aussi sur la compréhension des causes profondes des incidents et sur la mise en parallèle possible entre les soins de santé et d'autres industries à haut risque. Il affirmait que tous les êtres humains travaillant au sein de systèmes complexes sont exposés aux mêmes risques d'erreurs et aux mêmes pressions. Nous examinerons dans les prochains chapitres les thèmes abordés dans les rapports précités ainsi que les progrès requis en matière de culture, de travail en équipe, de reporting et de fonctionnement du système de soins. Mais avant cela, nous devons nous intéresser aux études permettant de connaître la nature des préjudices causés et l'ampleur du phénomène. Est-il vraiment possible que le système de soins tue chaque année des dizaines de milliers de personnes aux Etats-Unis et qu'il y ait, par extrapolation, des centaines de milliers de victimes à travers le monde?

L'essentiel en bref

- Assurer la sécurité des patients consiste à éviter et prévenir les préjudices liés à une intervention thérapeutique et à en atténuer les conséquences lorsqu'ils se produisent.
 - Des cas dramatiques ont attiré l'attention du public sur la sécurité des patients.
 - Certaines erreurs engendrent des préjudices, mais pas toutes.
 - Les reproches et les sanctions sont une réponse inefficace à la plupart des problèmes de sécurité.
 - Les rapports publiés par des gouvernements et des professionnels ont fait de la sécurité des patients un sujet incontournable.
-

Littérature

- (1) Kohn L, Corrigan J, Donaldson ME. To err is human. Washington DC: National Academy Press; 1999.
- (2) Vincent C. Patient Safety, 2nd edn. Oxford: Wiley Blackwell; 2010.
- (3) McNutt RA, Abrams R, Aron DC, for the Patient Safety C. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(15):1997-2001.
- (4) Layde PM, Maas LA, Teret SP, Brasel KJ, Kuhn EM, Mercy JA, et al. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Injuries. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(15):1993-7.
- (5) Joice P, Hanna GB, Cuschieri A. Errors enacted during endoscopic surgery – a human reliability analysis. *Applied Ergonomics*, 1998;29(6):409-14.
- (6) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (7) Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Quality and Safety in Health Care*, 2001;10(4):250-6.
- (8) Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994;272(23):1851-7.
- (9) Leape LL. Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *Journal of the American Medical Association*, 2000;284(1):95-7.
- (10) Department of Health. An organisation with a memory: learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office; 2000.

18	Définition du préjudice dans le domaine des soins
18	Définition de l'événement indésirable
19	Etude des événements indésirables au moyen des dossiers médicaux
19	Types d'événements indésirables
20	Impact et coût des événements indésirables
21	Exposition au risque de préjudice: les personnes âgées et les patients fragiles
21	Systèmes de déclaration et d'apprentissage
22	Analyse, feed-back et mesures prises sur la base de systèmes de déclaration
23	L'essentiel en bref
24	Littérature

2

Evaluer les préjudices causés aux patients

2. Evaluer les préjudices causés aux patients

Les soins sont-ils sûrs? Les erreurs sont-elles fréquentes? Les cas très médiatisés sont-ils de rares accidents isolés au sein d'un système sûr par ailleurs ou ne sont-ils, selon l'expression consacrée, que la pointe de l'iceberg? Il n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît de définir et de mesurer les erreurs et les préjudices. Néanmoins, nous pouvons nous faire une idée de l'ampleur du phénomène et des défis à relever. Comme nous le verrons, le problème est plus ou moins marqué en fonction des contextes, mais nous avons aujourd'hui la preuve que le taux d'erreurs est très élevé dans de nombreux cas et que les préjudices causés aux patients sont importants.

Définition du préjudice dans le domaine des soins

La plupart du temps, la sécurité est évaluée en fonction de la fréquence des accidents (aviation, circulation routière) et des dommages (absentéisme et autres types d'incidents), qui sont comptabilisés par différents moyens et présentés sous forme de tableaux. Pour les soins de santé, nous aimerions dans l'idéal avoir d'une part un indice de sécurité général, à l'image des taux d'accidents routiers ou ferroviaires, de manière à suivre les progrès au fil des ans et, d'autre part, des questions plus précises sur la sécurité de différentes parties du système ainsi que sur les facteurs qui augmentent ou réduisent la sécurité. Toutefois, il est particulièrement difficile de définir le préjudice médical, et ce pour plusieurs raisons:

- S'il est relativement facile d'établir un lien de cause à effet entre l'accident et le dommage dans plusieurs domaines, ce n'est pas le cas dans les soins de santé. En effet, la plupart des patients sont malades au départ, de sorte qu'il est difficile de faire la distinc-

tion entre ce qui est lié à l'intervention thérapeutique et ce qui est causé par la maladie.

- Certains des traitements dispensés sont par nature «nocifs» pour les patients. La radiothérapie et la chimiothérapie en sont des exemples évidents.
- Le préjudice lié à l'intervention thérapeutique peut ne pas être détecté immédiatement ou se manifester progressivement seulement. Dans la célèbre affaire d'erreur médicale ayant coûté la vie à Betsy Lehman, journaliste au Boston Globe, la surdose de chimiothérapie n'a été découverte que lors d'un examen de routine de données destinées à la recherche (1).
- Le préjudice subi par un patient n'est pas forcément révélateur de lacunes dans la prise en charge. Une personne peut contracter une pneumonie à cause de soins de base déficients, tandis qu'une autre peut avoir reçu des soins exemplaires et succomber malgré tout à cette maladie.

Après avoir cerné la notion de préjudice, il faut encore trouver les moyens de le mesurer, ce qui peut être délicat, surtout lorsque les événements sont rares ou que l'exposition du patient aux risques est difficile à évaluer. L'essentiel est bien résumé par Peter Pronovost et ses collègues:

«Lorsqu'il s'agit de mesurer la sécurité, un premier défi concerne la recherche d'indicateurs. La plupart des paramètres de sécurité sont difficiles ou impossibles à saisir sous forme de taux valables pour plusieurs raisons: (1) les événements sont occasionnels (grave erreur de médication) ou rares (erreur de site opératoire); (2) il y a peu de définitions standardisées; (3) les systèmes de surveillance reposent généralement sur la déclaration volontaire; (4) les dénominateurs (populations à risques) sont largement inconnus; (5) la période d'exposition (journées de séjour ou jours-cathéter, p. ex.) n'est pas précisée. Tous ces éléments peuvent introduire des distorsions.» (2)

Définition de l'événement indésirable

La définition la plus utilisée du préjudice dans le domaine de la sécurité des patients est celle de l'événement indésirable. Cette notion a d'abord été décrite par les auteurs de l'étude *Harvard Medical Practice*

Study (cf. ci-dessous), qui ont cherché à recenser les préjudices causés par l'intervention thérapeutique dans l'Etat de New York au milieu des années 1980. Ils définissaient l'événement indésirable comme suit:

«Un dommage involontaire causé par la gestion médicale davantage que par le processus de la maladie, de nature suffisamment grave pour entraîner une prolongation de l'hospitalisation et/ou causer au patient un trouble ou une incapacité temporaire ou durable au moment de sa sortie.» (3)

La gestion médicale comprend des actes d'omission (p. ex. manquer de poser un diagnostic et de soigner) et des actes de commission (p. ex. dispenser un traitement inadéquat). Selon cette définition, le dommage peut résulter du fait d'avoir prescrit un traitement préjudiciable ou de ne pas avoir fourni des soins appropriés. Celui-ci doit être involontaire, vu que, dans certains cas, le dommage peut être intentionnel et justifié (p. ex. une amputation nécessaire). Il est important de noter que certains événements indésirables sont jugés évitables et d'autres pas. Par exemple, une complication opératoire quasiment inéluctable en raison de l'état du patient sera considérée comme un événement indésirable, mais non évitable.

Etude des événements indésirables au moyen des dossiers médicaux

L'examen rétrospectif des dossiers médicaux vise à évaluer la nature, la fréquence et l'impact économique des événements indésirables et à obtenir des informations sur leurs causes. A cet égard, l'étude *Harvard Medical Practice Study*, en avance sur son temps, est un classique qui a encore une influence déterminante aujourd'hui. Le groupe de Harvard a mis au point la première méthode d'examen des dossiers médicaux en vue de repérer les événements indésirables. Le processus de base se présente comme suit: au cours de la phase I, des infirmières ou des personnes ayant l'habitude de gérer des documents sont formées à identifier les dossiers qui répondent à un ou plusieurs des 18 critères de dépistage bien définis, parmi lesquels figurent le décès, le transfert dans une unité de soins spécialisés ou la réadmission à l'hôpital dans les 12 mois (4). Ces éléments ont en effet été associés à une probabilité

accrue d'événements indésirables (5). Lors de la phase II, des médecins formés à cette tâche analysent en détail les dossiers retenus pour déterminer, à l'aide d'une série de questions standard, s'ils contiennent ou non des preuves d'un événement indésirable.

Dans de nombreux pays, des études ont été menées en suivant cette méthode et leurs conclusions sont largement similaires (tableau 2.1). Selon les plus récentes, les taux d'événements indésirables se situent entre 8 et 12%, un niveau aujourd'hui accepté comme typique des systèmes de soins avancés (6). Il faut toutefois relever qu'environ la moitié seulement de ces incidents sont jugés évitables selon les normes en vigueur en matière de soins, même si cette proportion pourrait s'accroître au fur et à mesure que ceux-ci évoluent. Ces études suggèrent que la prise en charge thérapeutique peut être considérée comme un risque de santé publique:

«Sur les 20 facteurs de risque les plus importants, qui sont responsables de près des trois quarts des décès annuels, les événements indésirables survenus dans le cadre d'un hôpital se situent au 11^e rang, avant la pollution de l'air, l'alcool et les drogues, la violence et les accidents de la circulation.» (7)

Types d'événements indésirables

La plupart des études indiquent que les événements indésirables les plus fréquents sont les complications opératoires, les infections nosocomiales et les événements indésirables médicamenteux. Au Royaume-Uni, les taux de complications pour une série d'interventions majeures varient entre 20 et 25%, avec un taux de mortalité acceptable de 5 à 10% (8). Cependant, au moins 30 à 50% des complications importantes chez les patients en chirurgie générale sont jugées évitables. Quant aux infections nosocomiales, elles représentent la complication la plus courante à l'hôpital. Environ 5 à 10% des patients hospitalisés en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis contractent une ou plusieurs infections durant leur séjour. Ce problème touche chaque année des millions de personnes (9).

S'agissant des événements indésirables médicamenteux (EIM), ils surviennent souvent hors de l'hôpital

Tableau 2.1

Événements indésirables dans des hôpitaux de soins aigus de dix pays

Etude	Auteurs	Année d'étude	Nombre d'admissions	Taux d'événements indésirables (% d'admissions)
Harvard Medical Practice Study	Brennan et al, 1991; Leape et al, 1991	1984	30195	3,7
Utah-Colorado Study	Thomas et al, 2000	1992	14052	2,9
Quality in Australian Health Care Study	Wilson et al, 1995	1992	14179	16,6
Royaume-Uni	Vincent et al, 2001	1999	1014	10,8
Danemark	Schioler et al, 2001	1998	1097	9,0
Nouvelle-Zélande	Davis et al, 2002	1998	6579	11,2
Canada	Baker et al, 2004	2002	3745	7,5
France	Michel et al, 2007	2004	8754	6,6 pour 1000 jours d'hospitalisation
Royaume-Uni	Sari et al, 2007	2004	1006	8,7
Espagne	Aranaz-Andre et al, 2008	2005	5624	8,4
Pays-Bas	Zegers et al, 2009	2006	7926	5,7
Suède	Soop et al, 2009	2006	1967	12,3

et conduisent ensuite à une hospitalisation. A Boston, Tejal Gandhi et ses collègues ont passé en revue 661 patients externes suivant différents régimes médicamenteux (10). Résultat surprenant: près d'un quart de ces personnes avaient souffert d'EIM, qui étaient qualifiés de graves dans environ 6% des cas (bradycardie, hypotension et hémorragie gastro-intestinale notamment). Bon nombre d'entre eux étaient clairement évitables. D'autres EIM étaient moins graves, au sens où ils ne présentaient pas de danger vital immédiat, mais ils n'en étaient pas moins importants pour les patients: une personne a par exemple souffert de dysfonction sexuelle prolongée après que son médecin a omis d'arrêter un inhibiteur sélectif de la capture de la sérotonine; une autre a connu des troubles du sommeil continus dus à la prise d'un antidépresseur dont son médecin n'avait pas connaissance. De tels effets indésirables sont synonymes de souffrances prolongées sur plusieurs mois qui auraient pu être évitées, sans compter la perte de temps et de ressources.

Impact et coût des événements indésirables

La majorité des événements indésirables, soit environ 70% selon la plupart des études, n'ont pas de conséquences graves pour le patient; les effets des

incidents mineurs peuvent être davantage économiques, sous forme de temps et de ressources perdues, que cliniques (6). Certains événements, tels qu'une réaction à un anesthésique, ne sont pas dangereux pour le patient, mais sont classés comme indésirables du fait de la prolongation d'un jour du séjour à l'hôpital; de plus, ce type d'incident est probablement inévitable, vu qu'il est difficile de prévoir une telle réaction idiosyncrasique. D'autres événements, par contre, causent des souffrances considérables qui sont inutiles et entraînent un séjour prolongé à l'hôpital.

En Grande-Bretagne, le coût des événements indésirables évitables est de 1 milliard de livres par année en ne considérant que les lits perdus, sachant qu'un incident se traduit en moyenne par une semaine d'hospitalisation supplémentaire (11). Les auteurs du rapport de *l'Institute of Medicine* (1999) ont pu estimer qu'aux Etats-Unis, le coût total lié aux événements indésirables représentait approximativement 4% des dépenses de santé nationales et 2% si l'on ne prend en compte que les événements indésirables évitables (12). Le coût des soins hospitaliers directs, essentiellement dus au temps supplémentaire à l'hôpital, ont récemment été évalués par une étude

néerlandaise: environ 3% de toutes les journées de séjour et 1% du budget total de la santé seraient attribués à des événements indésirables évitables (13). Vu que ces estimations n'incluent pas les traitements et les examens additionnels, ni les coûts sociétaux associés exposés précédemment, le coût global réel est probablement nettement plus élevé. N'oublions pas que ces chiffres ne concernent que le secteur hospitalier. Nous n'avons aucune idée des coûts supplémentaires causés par les événements indésirables survenant dans le cadre des soins de premier recours ou des soins psychiatriques.

Quoi qu'il en soit, le plus grand coût des événements indésirables reste le coût humain. De nombreux patients souffrent de douleurs accrues et d'incapacités causées par de graves incidents. Souvent, ils subissent aussi un traumatisme psychologique et peuvent vivre les manquements dans leur traitement comme un terrible abus de confiance. De son côté, le personnel peut ressentir de la honte et de la culpabilité et tomber dans la dépression suite à une erreur dont le poids est encore aggravé par les plaintes et les actions en justice (14). Nous évoquerons plus loin ces aspects essentiels de la sécurité des patients auxquels on prête généralement bien trop peu d'attention.

Exposition au risque de préjudice: les personnes âgées et les patients fragiles

Curieusement, la sécurité des patients âgés ne suscite pas de grand intérêt, alors qu'ils sont, comme les plus jeunes, particulièrement vulnérables et exposés au risque d'erreur ou de préjudice associé aux soins (15). La plupart des personnes hospitalisées sont âgées. En Grande-Bretagne, par exemple, les patients de plus de 65 ans représentent environ 60% des admissions et 70% des journées de soins; la plupart souffrent de multiples maladies chroniques, sont fragiles physiquement et peuvent présenter des troubles cognitifs plus ou moins graves (16). Le décès tragique et généralement subit d'une personne jeune attire davantage l'attention que le lent déclin d'un aîné suite à la déshydratation, aux erreurs médicamenteuses et à la négligence.

Les attitudes, la culture et la dispensation des soins influencent toutes la qualité de la prise en charge thérapeutique. Toutefois, chez les personnes âgées,

le risque de préjudice est plus élevé pour des raisons purement physiologiques: ces patients sont plus susceptibles de souffrir de plusieurs pathologies en même temps, de recevoir des traitements multiples et de rester hospitalisés plus longtemps. Or un séjour prolongé accroît d'autant les risques de complications inhérents à l'hospitalisation. De plus, la fragilité des personnes âgées fait qu'elles ont une réserve physiologique réduite et sont davantage affectées que les plus jeunes par un EIM, par exemple, et ont besoin de beaucoup plus de temps pour se remettre.

Une fois affaibli, le patient âgé peut être entraîné dans une spirale descendante: rendu vulnérable par une chute, il contracte une infection suivie d'un délire qui rend son alimentation difficile, ce qui conduit ensuite à un état de dénutrition qui augmente la fragilité. Une fois qu'un tel scénario se met en place, il est très difficile de renverser la vapeur (17). Bien trop souvent, lorsque la personne âgée a suffisamment récupéré pour pouvoir quitter l'hôpital, les effets combinés de ces syndromes gériatriques auront conduit à un déclin fonctionnel (souvent irréversible) et à une perte d'autonomie pouvant nécessiter une entrée en institution. Inversement, la gestion active et efficace de ces conditions à un stade précoce peut mener à une amélioration rapide sur plusieurs fronts.

Systèmes de déclaration et d'apprentissage

L'examen systématique des dossiers médicaux permet d'évaluer précisément l'ampleur des préjudices causés, mais cette méthode requiert généralement des ressources très importantes. De nombreux systèmes de soins privilégient l'annonce volontaire des événements indésirables et des incidents associés comme moyen de surveillance de la sécurité. Ces systèmes de déclaration s'inspirent de dispositifs similaires ayant cours dans d'autres industries, en particulier dans l'aviation et le nucléaire. Dans le monde industriel, ceux-ci ont souvent une large portée du fait que l'on encourage les pilotes et les opérateurs à faire part des événements «évités de justesse», des problèmes généraux touchant à la sécurité ainsi que de toute question qui les préoccupe (18). Tous ces systèmes fournissent un retour sous forme de rapports réguliers sur les incidents récents et, surtout, sur les mesures prises pour améliorer la sécurité; parfois, ils offrent aussi un feed-back aux auteurs des déclarations.

Dans le domaine des soins, les systèmes de déclaration opèrent à différents niveaux. Certains ont une importance locale, d'autres régionale ou nationale. Habituellement, ils contiennent un formulaire standard permettant de fournir les détails cliniques de base et une brève description de l'incident. Le personnel est prié d'annoncer tout événement qui le concerne ou qui pourrait mettre en danger un patient; en pratique, les incidents graves sont immédiatement communiqués par téléphone au responsable de la gestion des risques. Dans d'autres systèmes plus sophistiqués, le personnel d'une unité saisit en routine une liste donnée d'incidents, tout en restant libre de faire part de problèmes supplémentaires.

Les informations recueillies au sein des systèmes de déclaration locaux peuvent être réunies et analysées dans le cadre d'un système plus vaste commun à une région ou au pays tout entier. Les systèmes nationaux (ou de grande ampleur) sont coûteux et présentent l'inconvénient de s'appuyer essentiellement sur des rapports écrits, parfois complétés par des contrôles par téléphone. En revanche, ils ont l'avantage, de par leur étendue, de collecter une véritable mine d'informations et, surtout, de pouvoir mettre en évidence, sur la base d'événements qui restent rares à l'échelon local, des schémas récurrents d'incidents repérables uniquement au niveau national (19). Par exemple, le *National Reporting and Learning System (NRLS)* britannique rassemble les données relatives à des incidents émanant du NHS en Angleterre et au Pays de Galles. Les déclarations portées dans les systèmes locaux de gestion des risques sont transmises au NRLS, qui analyse différents types d'incidents, parallèlement à d'autres initiatives nationales. Aux plans technique et analytique, un tel système pose des défis de taille, vu qu'il compte un nombre prodigieux de données; début 2009, le NRLS contenait plus de 3 millions d'incidents déclarés, la plupart desquels n'avaient pas, par la force des choses, fait l'objet d'une analyse formelle.

Les systèmes de déclaration ont été mis en place suite aux revues de dossiers médicaux qui ont révélé l'ampleur du problème des préjudices causés aux patients. Ces études avaient mis en lumière la problématique sous-jacente et les systèmes de déclaration devaient fournir des informations sur les événements indésirables sur une base continue. Toutefois, on observe aujourd'hui que ceux-ci ne sont pas effi-

caces pour relever les événements indésirables (20). Sari et ses collègues (21) ont passé en revue 1000 dossiers médicaux et comparé les résultats obtenus avec les incidents annoncés dans le système local. Bilan: ce dernier n'avait détecté que 5% des événements indésirables découverts lors de l'examen classique des dossiers. Par conséquent, les systèmes de déclaration volontaire sont relativement inefficaces quand il s'agit d'évaluer les préjudices causés. Néanmoins, comme nous le verrons, ils restent utiles pour identifier des problèmes de sécurité et, partant, mieux connaître les points faibles du système.

Analyse, feed-back et mesures prises sur la base de systèmes de déclaration

Seul le récit complet d'un incident permet d'en évaluer l'impact et la portée. Pour pouvoir le comprendre réellement, il faut savoir ce qui s'est passé et faire interpréter les faits par quelqu'un qui connaît à la fois la tâche et le contexte. Cela signifie que les déclarations d'incidents ne seront véritablement utiles que si elles sont examinées par des praticiens, dans l'idéal par des personnes capables de démêler les facteurs humains et les aspects organisationnels. Dans le domaine des soins, le nombre d'incidents annoncés dans les systèmes de déclaration déjà rodés est si grand que seule une minorité d'entre eux peut être étudiée par les personnes qualifiées pour ce faire (20).

Il est impossible de traiter toutes les déclarations et ce serait d'ailleurs inutile pour les incidents de peu de gravité; il vaut mieux étudier quelques cas en profondeur plutôt qu'effectuer une analyse sommaire d'un grand nombre de déclarations, ce qui ne produit souvent au final qu'une série de graphiques. En revanche, une fois l'analyse réalisée, il est possible d'agir sur plusieurs points. Certains problèmes ne concernent qu'une unité donnée, par exemple le mode de transfert ou un équipement défectueux. D'autres requièrent des mesures touchant toute l'organisation, notamment en cas d'effectifs inadéquats. Le fait de limiter le feed-back à un système local ou à une spécialité a ses avantages, car le retour est rapide et peut être partagé au sein d'une communauté d'experts qui comprennent la signification de l'incident et les leçons que l'on peut en tirer. Toutefois, certains problèmes de sécurité ne peuvent pas être traités par une seule organisation et doivent être portés à l'échelon régional ou natio-

2. Evaluer les préjudices causés aux patients

L'essentiel en bref

- Les événements indésirables sont des dommages causés par la gestion des soins davantage que par la maladie du patient.
- Certains sont évitables, d'autres pas.
- Selon les études réalisées dans différents pays, 8 à 12% des patients hospitalisés sont victimes d'un ou de plusieurs événements indésirables.
- Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque de préjudice.
- Les déclarations volontaires ne sont guère efficaces pour mesurer les événements indésirables, mais utiles pour identifier les points faibles du système de soins.

nal, par exemple lorsque la conception d'un équipement ou l'emballage d'un médicament sont en cause.

La déclaration des incidents aura toujours son importance, mais sa contribution à l'amélioration de la sécurité a été surestimée. Le fait que seule une petite proportion des incidents soient annoncés n'est pas particulièrement grave à mon sens. Aussi longtemps que le système reçoit suffisamment de rapports pour identifier les principaux problèmes de sécurité, le nombre absolu de communications n'est pas déterminant. Ces systèmes ont leur raison d'être, car ils permettent de sensibiliser les intervenants à la problématique, de générer une culture de la sécurité et de fournir des données concrètes. Toutefois, les résultats de ce reporting sont souvent mal compris, notamment lorsqu'ils sont vus comme un reflet réel du taux d'erreurs et d'événements indésirables. La déclaration des incidents est utile, mais elle n'est qu'une composante du processus global de sécurité. Les récits d'incidents sont d'abord des signaux avertissant d'un problème. Seules leur analyse et leur compréhension permettent d'aller plus loin. C'est le sujet du prochain chapitre.

Littérature

- (1) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (2) Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety – An elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006; 296(6):696-9.
- (3) Brennan TA, Localio AR, Leape LL, Laird NM, Peterson L, Hiatt HH, et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization. A cross-sectional study of litigation, quality assurance and medical records of two teaching hospitals. *Annals of Internal Medicine*, 1990; 112(3):221-6.
- (4) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients; Results from the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324(6):370-6.
- (5) Neale G, Woloshynowych M. Retrospective case record review: a blunt instrument that needs sharpening. *Quality and Safety in Health Care*, 2003; 12(1):2-3.
- (6) de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 2008; 17(3):216-23.
- (7) Davis P. Health care as a risk factor. *Canadian Medical Association Journal*, 2004; 170(11):1688-9.
- (8) Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004; 239(4):475-82.
- (9) Burke JP. Infection Control – A Problem for Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 2003; 348(7):651-6.
- (10) Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *New England Journal of Medicine*, 2003; 348(16):1556-64.
- (11) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 2001; 322(7285):517-9.
- (12) Kohn L, Corrigan J, Donaldson ME. To err is human, Washington DC: National Academy Press; 1999.
- (13) Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality and Safety in Health Care*, 2009; 18(4):297-302.
- (14) Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, 2003; 348(11):1051-6.
- (15) Tsilimingras D, Rosen AK, Berlowitz DR. Patient safety in geriatrics: A call for action. *Journals of Gerontology*, 2003; 58(9):813-9.
- (16) Oliver D. ‚Acopia’ and ‚social admission’ are not diagnoses: why older people deserve better. *Journal of the Royal Society Medicine*, 2008; 101(4):168-74.
- (17) Long S. Adverse events in the care of the elderly (Unpublished PhD thesis). 2010.
- (18) Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000; 320(7237):759-63.
- (19) Runciman WB, Williamson JAH, Deakin A, Benveniste KA, Bannon K, Hibbert PD. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality and Safety in Health Care*, 2006; 15(suppl_1):i82-i90.
- (20) Vincent C. Incident reporting and patient safety. *British Medical Journal*, 2007; 334(7584):51.
- (21) Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *British Medical Journal*, 2007; 334(7584):79.

26	Qu'est-ce qu'une erreur?
27	Types d'erreurs
27	Erreurs d'attention
27	Erreurs de raisonnement
27	L'erreur en contexte: l'individu et le système
28	Comprendre comment les choses tournent mal
28	Le contexte de l'incident
29	Une fenêtre sur le système
30	La croyance en la fiabilité du système
30	L'influence de la hiérarchie sur la communication
31	L'apparence physique des seringues contenant les médicaments cytotoxiques
31	Les sept niveaux de sécurité: les accidents liés à l'organisation
33	L'étude et l'analyse des incidents cliniques
33	De l'analyse de l'accident à la conception du système
33	L'essentiel en bref
34	Littérature

3

Comprendre comment les choses tournent mal

3. Comprendre comment les choses tournent mal

L'erreur humaine est systématiquement invoquée pour expliquer les catastrophes aériennes ou ferroviaires et les accidents dans le domaine des soins, notamment lors d'une intervention chirurgicale complexe. Immédiatement après l'incident, le public tire des conclusions hâtives et, bien trop souvent, accuse la personne manifestement associée à la catastrophe. Le pilote de l'avion, le médecin ayant réalisé l'injection ou le conducteur du train qui a grillé un feu rouge sont rapidement montrés du doigt. Toutefois, ces jugements à l'emporte-pièce et l'habitude de condamner empêchent de découvrir la seconde histoire (1), le récit de ce qui s'est passé dans toute son ampleur et sa complexité, qui ne peut émerger qu'au terme d'une enquête soignée et approfondie. Si une action ou une omission particulière peuvent être la cause directe d'un incident, une analyse plus poussée révèle généralement une série d'événements et d'écarts par rapport à la pratique sûre, tous influencés par l'environnement de travail et le contexte plus large de l'organisation (2).

Qu'est-ce qu'une erreur?

Dans la vie de tous les jours, il semble plutôt facile d'identifier nos erreurs, même s'il peut être plus difficile de les reconnaître. Mon quotidien est émaillé d'erreurs d'inattention, de trous de mémoire et d'autres moments d'égarement qui font souvent l'objet de commentaires critiques de mon entourage (Comment as-tu pu oublier?). D'autres erreurs ne deviennent manifestes que bien plus tard. Vous réaliserez que vous vous êtes trompé de chemin après un certain temps, lorsque vous serez irrémédiablement perdu. Il faut parfois des années pour s'apercevoir d'une erreur, comme celle d'avoir épousé la mauvaise personne. Ces exemples témoignent d'un

fait important: une action n'est considérée comme une erreur qu'une fois l'événement passé. L'erreur humaine est un jugement posé rétrospectivement (3). Il n'existe pas une catégorie spéciale de choses que nous faisons ou omettons de faire qui sont en soi des erreurs; simplement, certaines de nos actions finissent par avoir des conséquences indésirables ou involontaires. Cela ne nous dispense pas d'examiner nos fautes et de voir comment notre cerveau, par ailleurs efficace, nous a induit en erreur dans certaines circonstances. Toutefois, cela indique qu'il n'y aura pas, pour expliquer l'erreur, de mécanismes cognitifs particuliers différents de ceux qui gouvernent d'autres pensées et comportements humains.

La définition de l'erreur la plus précise et conforme à l'usage courant est celle qui la relie à des comportements et des actions observables. Selon la définition de travail proposée par John Senders et Neville Moray (4), une personne a commis une erreur lorsqu'elle a fait quelque chose qui

- n'était pas souhaitable par rapport à une série de règles ou du point de vue d'un observateur externe;
- a mené la tâche ou le système hors des limites acceptables;
- n'était pas dans son intention.

Comme d'autres définitions similaires (5), cette formulation implique l'existence de critères permettant de caractériser l'erreur. Premièrement, il doit y avoir une série de règles ou de normes, qu'elles soient clairement explicites ou implicites et acceptées par l'environnement concerné; deuxièmement, on doit observer, sous une forme ou une autre, une défaillance ou un manquement; troisièmement, la personne impliquée ne souhaitait pas ce résultat et aurait pu agir différemment, en théorie du moins. Or ces trois critères peuvent être difficiles à appliquer concrètement. Une bonne partie de la médecine clinique, par exemple, est incertaine par nature et, souvent, il n'y a pas de lignes directrices ni de protocoles pour guider le traitement. De plus, la défaillance n'est pas forcément facile à identifier; il n'est pas toujours aisé d'évaluer si un diagnostic était faux au moment où il a été posé, ni de savoir quand la concentration d'un médicament dans le sang devient dangereusement élevée. Enfin, la notion d'in-

tention et l'exigence selon laquelle la personne aurait dû pouvoir agir autrement sont remises en cause par le fait que le comportement des individus est souvent influencé par des facteurs tels que la fatigue ou la pression des pairs dont ils n'ont pas conscience et sur lesquels ils n'ont que peu de prise. Cela étant, la définition de travail proposée est acceptable, à condition de se souvenir de ses limitations et des difficultés à l'appliquer en pratique.

Types d'erreurs

Dans son analyse des différents types d'erreurs, James Reason (6) distingue deux catégories générales: d'un côté, les erreurs d'attention (*slips* et *lapses*), qui sont des erreurs d'exécution, et, de l'autre, les erreurs de raisonnement (*mistakes*), qui correspondent à des erreurs de connaissance ou de planification.

Erreurs d'attention

Elles se produisent lorsqu'une personne sait ce qu'elle veut faire, mais que l'action ne se déroule pas comme prévu. Il peut s'agir d'un déficit d'attention (*slip*) lié à une action observable (p. ex. le fait de prendre la mauvaise seringue) ou d'une défaillance de mémoire (*lapse*) considérée comme un événement interne (p. ex. le fait d'oublier complètement d'administrer un médicament).

Erreurs de raisonnement

Les erreurs d'attention sont des erreurs d'exécution; vous voulez faire quelque chose, mais cela ne se passe pas comme souhaité. Dans le cas des erreurs de raisonnement, les actions peuvent se dérouler tout à fait comme prévu, mais la planification elle-même dévie du bon chemin. Là, la défaillance se situe à un niveau plus élevé, à savoir celui des processus mentaux à l'œuvre dans la planification, la formulation d'intentions, le jugement et la résolution de problèmes (6). Lorsqu'un médecin soigne un patient souffrant de douleurs à la poitrine comme s'il avait un infarctus du myocarde, alors que ce n'est pas le cas, c'est une erreur de raisonnement. L'intention est claire, l'action est conforme à l'intention, mais la stratégie est erronée.

Dans la vie de tous les jours, les erreurs sont souvent attribuées à la stupidité, à l'insouciance, à l'étourderie, à l'imprudence ou à d'autres défauts individuels.

On insinue que la personne présente certains traits caractéristiques qui expliquent l'erreur et, plus encore, que ces attributs sont sous son contrôle, ce qui la rend responsable des erreurs qu'elle commet. Cette vision de l'erreur correspond chez James Reason au «modèle de la personne» (7), où l'individu est mis en cause pour expliquer les accidents. En suivant cette perspective, les efforts déployés pour diminuer les erreurs ciblent l'individu et comprennent des exhortations à «faire mieux», l'organisation de formations pour corriger ces défauts ou l'ajout de nouvelles règles et procédures. Lorsque les erreurs ont des conséquences graves, les sanctions sont plus sévères: dénonciation et déshonneur, action disciplinaire, suspension, condamnation par les médias, etc. Les reproches et les sanctions peuvent être justifiés en cas de comportement imprudent, mais la plupart du temps, une approche plus approfondie est nécessaire.

L'erreur en contexte: l'individu et le système

James Reason et d'autres auteurs affirment que les erreurs ne peuvent pas être comprises isolément, mais uniquement en relation avec le contexte dans lequel les personnes évoluent. En examinant de quelle manière les individus contribuent aux accidents, il convient de faire la distinction entre les «défaillances actives» et les «défaillances latentes» (8). Les défaillances actives sont des erreurs et d'autres types d'actions contraires à la sécurité. Elles sont commises par des personnes «en bout de chaîne» du système qui manient les équipements ou interviennent auprès des patients. Exemples: le fait d'ouvrir la porte d'étrave d'un ferry, d'éteindre le mauvais réacteur d'un avion de ligne ou de mal lire l'écran de contrôle de l'anesthésie. Ces actions dangereuses peuvent avoir et ont souvent des conséquences immédiates.

Toutefois, d'autres facteurs en amont de la chaîne de causalité peuvent aussi jouer un rôle dans la genèse d'un accident. Ces «défaillances latentes», comme on les appelle souvent, font le lit des accidents dès lors qu'elles créent les conditions favorables à l'apparition d'une erreur ou d'une défaillance, ce qui place l'opérateur en bout de chaîne dans une position délicate, comme l'explique James Reason de manière éloquent:

«Loin d'être les instigateurs d'un accident, les opérateurs héritent des défauts du système ... leur rôle consiste généralement à apporter la touche finale à un brevage mortel dont les ingrédients mijotaient depuis longtemps déjà.» (6)

Le fait de prendre en compte les influences plus larges du système de soins ne permet cependant pas de tout mettre sur le compte du «système». Il s'agit plutôt de préserver la responsabilité personnelle tout en comprenant les interactions entre l'individu, la technologie et l'organisation. Un bon praticien doit posséder un solide sens de la responsabilité individuelle. Les personnes qui prennent délibérément des risques sans égards pour le bien-être de leurs patients doivent être sanctionnées, qu'elles commettent des erreurs ou non. Pour des raisons compliquées, il peut toutefois arriver que des personnes consciencieuses fassent des erreurs simples qui ont des répercussions gravissimes. Prenons un exemple.

Comprendre comment les choses tournent mal

«M. David James ... fut préparé pour l'administration intrathécale (spinale) d'une chimiothérapie planifiée en complément au traitement réussi d'une leucémie. Après avoir effectué une ponction lombaire et administré la thérapie cytotoxique correcte (cytosine) sous la supervision du D^r Mitchell, Specialist Registrar¹, le D^r North, Senior House Officer², reçut des mains du D^r Mitchell un second médicament, la vincristine, à administrer à M. James, ce qu'il fit. Seulement, celui-ci n'aurait jamais dû être administré par voie intrathécale, car l'issue est presque toujours fatale. Malheureusement, en dépit du traitement d'urgence dispensé très rapidement pour rectifier l'erreur, M. James décéda quelques jours plus tard.» (9)

Le professeur Brian Toft fut chargé par le *Chief Medical Officer* de conduire une enquête sur ce décès et de formuler des recommandations sur les points sensibles du processus d'injection intrathécale de médicaments cytotoxiques et les moyens permettant d'y intégrer des garde-fous (9). Dès le départ, l'enquête était donc axée sur l'apprentissage et le change-

ment. Nous utiliserons cette triste histoire, ainsi que le rapport circonstancié de Brian Toft, pour introduire le sujet des analyses de cas. Bien que les noms des personnes concernées aient été rendus publics, je les ai changés dans le récit, car le fait de les nommer aujourd'hui n'apporte rien. Cette affaire tragique est un excellent exemple d'accident dont les causes sont liées à l'organisation et au fonctionnement du système.

Le contexte de l'incident

Pour autant qu'elle soit administrée par voie intraveineuse (i.v.), la vincristine est un médicament puissant et efficace dans le combat contre la leucémie. Les dangers d'une administration intrathécale par inadvertance sont bien connus: des avertissements sont donnés avec le produit, le problème est abondamment traité dans la littérature et il existe des précédents qui ont été largement diffusés. Dans cet hôpital, un protocole standard écrit avait été modifié à la demande du personnel de sorte que la cytosine et la vincristine soient administrées des jours différents pour éviter toute erreur potentiellement fatale. De plus, les médicaments par voie intraveineuse et ceux par voie intrathécale étaient fournis séparément aux unités, là encore pour réduire les risques de confusion.

Les mécanismes de défense, dont nous parlerons plus longuement ci-après, sont les moyens employés par un système pour assurer la sécurité. Parfois, le terme englobe tous les types de mesures en faveur de la sécurité, mais il désigne généralement plus particulièrement les barrières administratives, physiques ou autres placées pour prévenir les écarts par rapport à la pratique normale. Le fait de prévoir des jours d'administration distincts pour la cytosine et la vincristine, par exemple, vise clairement à éviter une administration incorrecte. Leur stockage séparé à la pharmacie, puis leur envoi distinct à l'unité sont aussi des exemples de mesures de protection contre l'erreur. La présence de deux médecins pour contrôler les étiquettes et les dosages fournit une garantie supplémentaire, un rempart de plus contre une catastrophe potentielle. Pourtant, il arrive que toute une série de défenses et de barrières tombent en même temps, comme dans notre exemple. Cet effondrement est parfaitement illustré par la métaphore du fromage suisse utilisée par James

¹ Médecin spécialiste en formation, hiérarchiquement supérieur au Senior House Officer

² Médecin en formation postgraduée, hiérarchiquement inférieur au Specialist Registrar

Encadré 3.1

Le décès de David James

M. James arriva dans le service aux alentours de 16h00; il était en retard pour sa chimiothérapie, mais le personnel s'arrangea pour qu'il reçoive son traitement. Le pharmacien compétent pour l'unité avait demandé plus tôt que la cytosine soit livrée en premier, la vincristine devant être «envoyée séparément» le jour suivant. Les médicaments furent préparés correctement et placés sur des étages différents du réfrigérateur de la pharmacie. Durant l'après-midi, la personne responsable de la coordination des cas pour le service se rendit à la pharmacie et reçut un sachet transparent contenant deux sachets plus petits renfermant chacun une seringue, l'une de vincristine et l'autre de cytosine. Elle ne savait pas que les médicaments ne devaient pas être ensemble.

Conformément au protocole, le D^r North prit contact avec le D^r Mitchell pour qu'il supervise la procédure. L'infirmière de l'équipe ouvrit le réfrigérateur du service et en sortit le sachet transparent qui contenait les deux paquets renfermant chacun une seringue. Elle prit note que le nom de «David James» était inscrit sur les étiquettes des deux seringues. Elle déposa le tout et s'en alla poursuivre son travail.

Le D^r Mitchell lut la feuille d'ordonnance et constata que le nom du patient, les médicaments et les doses étaient conformes aux informations figurant sur les étiquettes des seringues. Toutefois, il ne vit pas que la vincristine était prévue pour le jour suivant ni qu'elle devait être administrée par voie intraveineuse. Pensant que l'organisation en vigueur pour les médicaments cytotoxiques était la même que dans l'établissement où il avait travaillé auparavant, le D^r Mitchell supposa que comme les médicaments étaient arrivés ensemble, ils devaient être donnés tous les deux par voie intrathécale. Il avait déjà eu l'occasion d'administrer deux types de

chimiothérapies intrathécales précédemment et n'y vit donc rien d'anormal.

Une ponction lombaire fut réalisée avec succès et des échantillons de liquide céphalo-rachidien furent prélevés pour analyse. Le D^r Mitchell lut ensuite à voix haute le nom du patient, celui du médicament et la dose indiqués sur l'étiquette de la première seringue qu'il tendit au D^r North. Toutefois, il ne précisa pas le mode d'administration. Après avoir reçu la seringue, le D^r North demanda si le médicament était bien la cytosine, ce que le D^r Mitchell confirma. Le D^r North retira ensuite le capuchon à la base de la seringue et la vissa sur l'aiguille spinale, puis injecta son contenu.

Après avoir posé la première seringue, le D^r Mitchell tendit au D^r North la seconde seringue contenant la vincristine, en lisant de nouveau à voix haute le nom du patient, celui du médicament et le dosage. Là encore, il ne dit rien de la voie d'administration.

Le D^r North fut étonné de recevoir une seconde seringue. La seule fois où il avait pratiqué une injection intrathécale sous supervision, une seule seringue avait été utilisée. Il présuma toutefois que «... le patient était à un autre stade du traitement ou suivait un plan thérapeutique différent.»

Tenant la seconde seringue dans la main, le D^r North dit au D^r Mitchell «Vincristine?» Celui-ci répondit par l'affirmative. Le D^r North demanda ensuite «Vincristine intrathécale?». Le D^r Mitchell répondit à nouveau par l'affirmative. Puis le D^r North retira le capuchon à la base de la seringue, la vissa sur l'aiguille spinale et administra son contenu à M. James, ce qui lui fut fatal.

Adapté de Toft 2001

Reason (7). Elle nous montre que le risque est toujours présent et que l'accident se produit occasionnellement lorsque les trous – les failles – sont alignés.

Une fenêtre sur le système

Dans notre exemple d'injection spinale fatale, la chronologie des faits met en évidence la «chaîne d'événements» classique ayant conduit à la tragédie. Le D^r Mitchell était relativement nouveau dans

l'unité, les procédures de chimiothérapie ne lui étaient pas familières et il ne connaissait pas le patient. La pharmacie sépara certes les deux médicaments, mais les plaça dans le même sachet. Bien que les médecins concernés puissent être tenus pour responsables de leurs actes et négligences spécifiques, les circonstances ont manifestement conspiré contre eux. Surtout, ce cas fait ressortir des problèmes de nature plus générale qui touchent le système de soins – mais aussi d'autres organisations – et qui, au

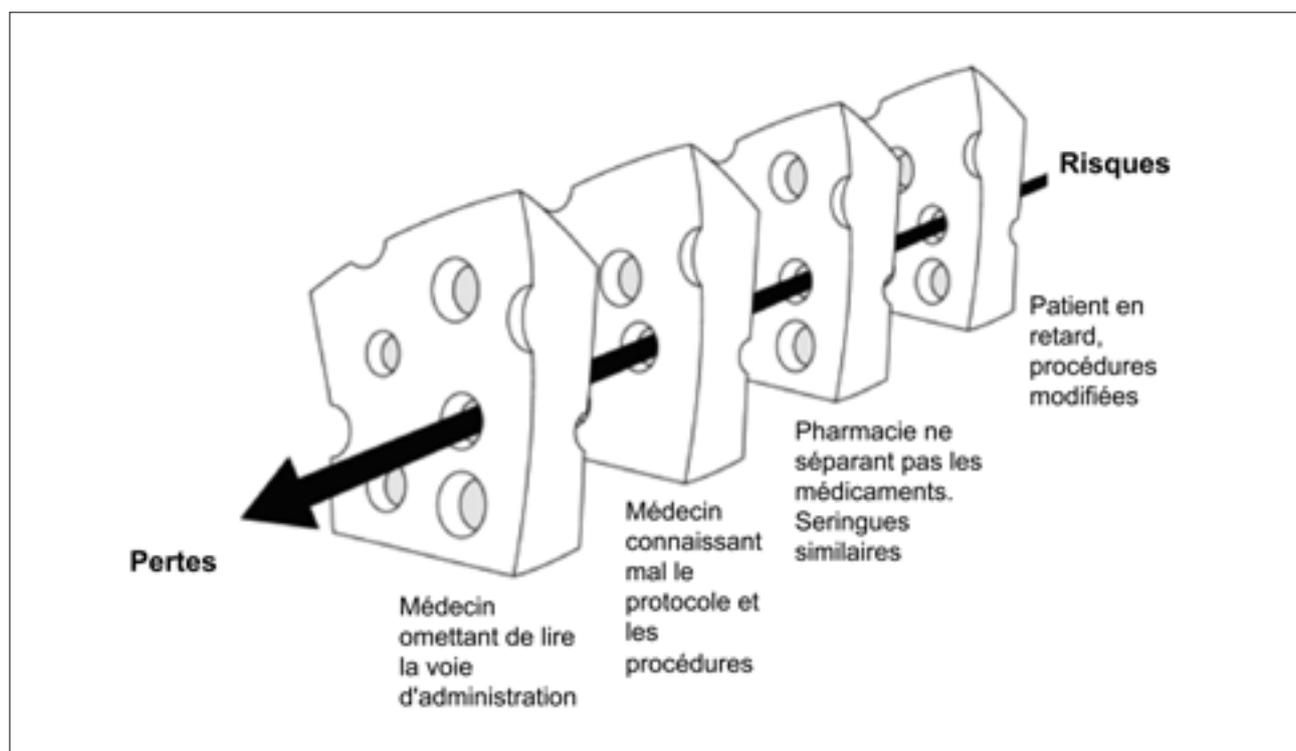


Illustration 3.1 Métaphore du fromage suisse: les failles du système (d'après Reason, 1997).

moment même où vous lisez ces lignes, mettent les patients en danger. Voyons à présent trois questions de sécurité récurrentes.

La croyance en la fiabilité du système

Le service dans lequel David James trouva la mort utilisait ces médicaments depuis des années sans incident majeur. L'enquête menée après ce tragique événement démontra toutefois que le système présentait plusieurs points faibles en dépit de sa solidité apparente. Les intervenants se fondaient énormément sur l'habitude et la pratique ainsi que sur le fait que chacun était censé savoir ce qu'il devait accomplir. Lorsque le personnel est expérimenté et connaît les procédures du service, cela fonctionne plutôt bien, mais si un nouveau membre intègre l'équipe sans mise au courant et formation claires, il en résulte une faille dans la sécurité. En réalité, le service dans lequel David James est décédé semble avoir été bien géré, avec des professionnels qui respectaient mutuellement leur travail. Les choses se passaient bien au jour le jour. Paradoxalement, la sécurité enfante ses propres dangers, car une routine sans inci-

dents fait naître un sentiment de sécurité trompeur. Plus on se sent en sécurité, plus on doit se souvenir que l'environnement présente par nature des dangers. C'est ce que voulait dire James Reason lorsqu'il déclarait que le malaise chronique était le prix à payer pour la sécurité (10).

L'influence de la hiérarchie sur la communication

Lorsqu'on lui demanda pourquoi il ne s'était pas opposé au Dr Mitchell, le Dr North répondit:

«D'abord, je n'étais pas en position d'intervenir compte tenu de mon expérience limitée de ce type de traitement. Ensuite, j'étais un SHO (Senior House Officer) et j'ai suivi les ordres donnés par le Registrar. Il était chargé de me superviser et je pensais qu'il avait les connaissances nécessaires pour savoir ce qu'il fallait faire. Le Dr Mitchell avait le statut de Registrar ... dans un centre d'excellence et je ne voulais pas le remettre en question.» (9)

Le Dr North était dans une position très difficile. Il supposait qu'en tant que Registrar, le Dr Mitchell

savait ce qu'il faisait et signale avec lucidité qu'il n'avait que peu d'expérience du traitement. Cependant, il savait que la vincristine ne devait pas être administrée par voie intrathécale et n'a pas voulu intervenir ni s'opposer à un collègue plus haut placé dans la hiérarchie. Les deux médecins ont eu un comportement critiquable: le Dr North n'a pas eu le courage de demander des contrôles supplémentaires et le Dr Mitchell n'a pas pris assez au sérieux la question de son collègue; il aurait au moins pu interrompre la procédure en attendant que des vérifications soient faites.

L'apparence physique des seringues contenant les médicaments cytotoxiques

La seringue de vincristine portait la mention «pour injection intraveineuse» et celle de cytosine l'inscription «pour administration intrathécale». On pourrait penser que c'est suffisamment clair. Pourtant, dans un service chargé où un grand nombre d'injections sont pratiquées chaque jour, l'aspect et l'emballage des médicaments sont des facteurs importants pour la sécurité. Dans les quelques minutes qui ont précédé l'injection fatale, les similitudes au niveau de l'emballage et de l'apparence des médicaments n'ont pas aidé les médecins. Premièrement, les étiquettes étaient semblables. Si le nom du médicament et le dosage figuraient en gras, il n'y avait aucun autre signe visible attirant le regard pour souligner l'importance de la voie d'administration. Deuxièmement, les seringues utilisées pour les deux types de médicaments étaient les mêmes, de sorte que leur taille ne donnait aucun indice sur le mode d'administration. Troisièmement, les deux médicaments se présentaient sous forme d'un liquide clair de même volume; ni la couleur ni la quantité ne pouvaient fournir d'indication sur la bonne voie d'administration. Enfin, selon Brian Toft, le danger le plus grave était qu'«une seringue contenant de la vincristine pouvait aussi être connectée à l'aiguille spinale dispensant aux patients les médicaments employés par voie intrathécale. Manifestement, une fois qu'une telle connection est faite, la vie du patient est en danger, car il n'y a pas d'autre barrière empêchant l'administration de la vincristine.» (9).

Les seringues utilisées pour les médicaments par voie intrathécale devraient avoir des caractéristiques qui leur sont propres (couleur, forme) et qui permettent

de les distinguer des autres. Heureusement, de telles seringues sont aujourd'hui en cours de développement. Si elles ne peuvent pas empêcher l'injection d'un mauvais médicament, elles fournissent un rempart solide contre une administration incorrecte. Sur le même modèle, le risque fatal de confondre l'oxygène et l'oxyde nitreux en anesthésie a pu être éliminé en empêchant physiquement la connexion de l'oxyde nitreux à l'arrivée d'oxygène. Dans la vie de tous les jours, il existe des milliers de dispositifs de ce type qui nous aident à adopter le bon comportement. Par exemple, quand on fait le plein d'essence sans plomb, le bec est plus petit que celui employé pour l'essence avec plomb ou le diesel, qui n'est tout simplement pas fait pour rentrer dans le tuyau de remplissage. Il est d'autant plus regrettable de voir que les modifications physiques des seringues se font encore attendre dix ans après le tragique décès de David James.

Les sept niveaux de sécurité: les accidents liés à l'organisation

Une bonne partie des accidents survenant dans les soins de santé et dans d'autres industries doivent être vus sous l'angle du système tout entier pour pouvoir être pleinement compris. Certes, les actions et les manquements des individus jouent généralement un rôle central, mais leur manière de penser et de se comporter est fortement influencée et limitée par leur environnement de travail direct, ainsi que par le contexte plus large de l'organisation. Le modèle de l'accident organisationnel (8) décrit les erreurs et les problèmes immédiats ainsi que les défaillances latentes sous-jacentes.

Nous avons élargi le modèle de James Reason et l'avons adapté au contexte des soins en réunissant les conditions pouvant conduire à des erreurs et les facteurs organisationnels en un seul ensemble d'éléments affectant la pratique clinique (2). Le modèle des «sept niveaux de sécurité» classe les facteurs contributifs et les influences sur la sécurité en sept rubriques principales:

- **Facteurs liés aux patients.** L'état de santé du patient est le facteur le plus important qui influe directement sur la pratique et le résultat. D'autres éléments tels que la personnalité, la langue et les problèmes psychologiques peuvent aussi avoir des

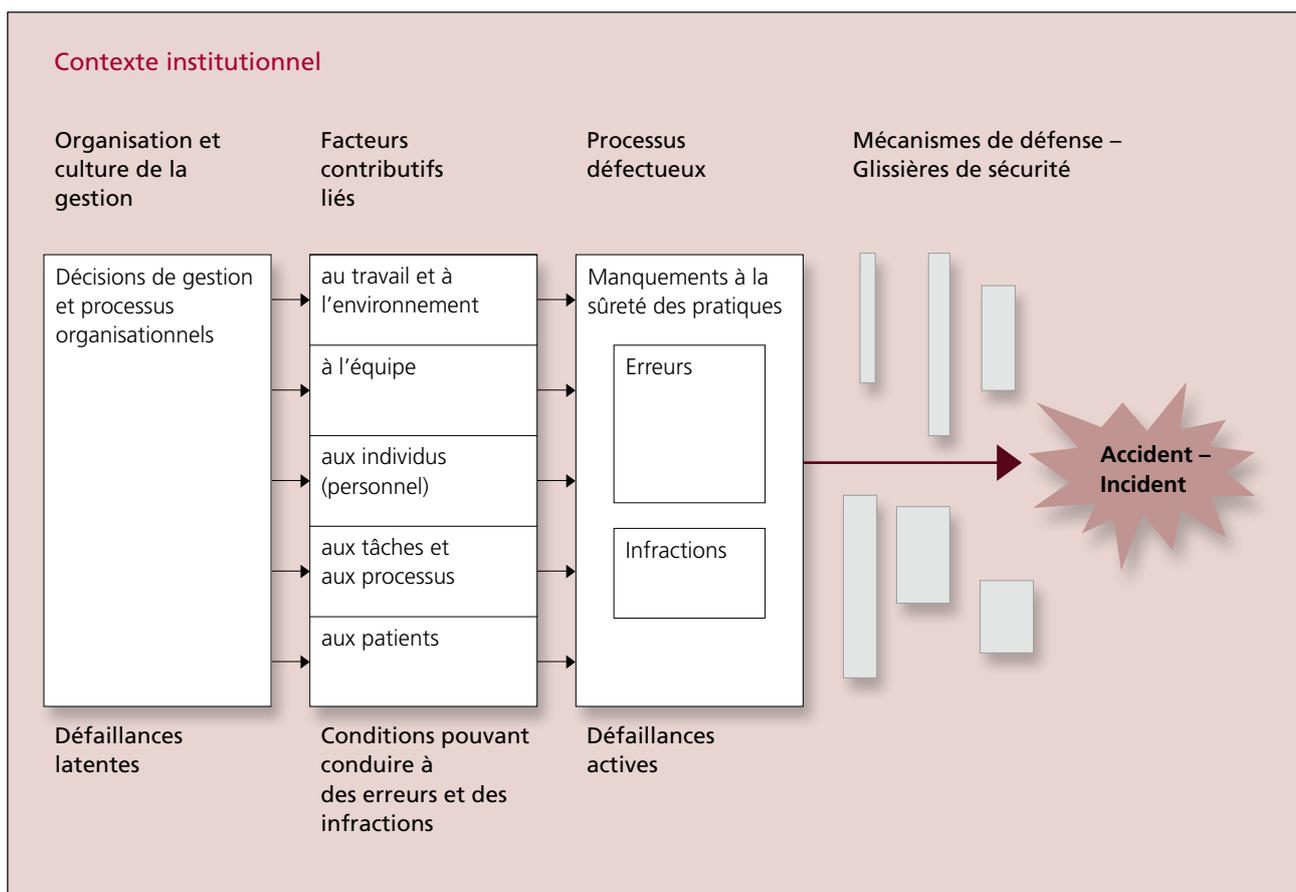


Illustration 3.2 Modèle de l'accident organisationnel (adapté de Reason, 1997)

conséquences, du fait qu'ils peuvent avoir un impact sur la communication avec le personnel.

- **Facteurs liés aux tâches à effectuer.** L'organisation de la tâche, la disponibilité et l'utilité de protocoles et de résultats d'examen peuvent avoir une influence sur le processus de soins et affecter la qualité de la prise en charge.
- **Facteurs liés aux individus (personnel).** Les connaissances, les compétences et l'expérience de chaque professionnel aura manifestement une influence sur la pratique clinique.
- **Facteurs liés à l'équipe.** Chaque membre du personnel fait partie d'une équipe intervenant auprès de malades hospitalisés ou recevant des soins ambulatoires. La manière de travailler de chacun et son impact sur le patient sont influencés par les autres

personnes de l'équipe, la qualité de la communication et le soutien mutuel.

- **Facteurs liés à l'environnement de travail.** Ils comprennent l'environnement physique, la disponibilité des équipements et du matériel ainsi que les éléments liés à l'éclairage, à la chaleur, aux interruptions et aux autres distractions subies par le personnel.
- **Facteurs liés à l'organisation et à la gestion.** L'équipe est à son tour influencée par les actions stratégiques et les décisions prises à un échelon plus élevé dans l'organisation. Elles incluent les politiques mises en place pour l'engagement de remplaçants ou de personnel temporaire, la formation continue, la formation pratique et la supervision ainsi que la mise à disposition des équipements et du matériel.

L'essentiel en bref

- L'erreur est toujours constatée une fois qu'elle s'est produite.
 - Les erreurs d'attention sont des erreurs d'exécution et des défaillances de mémoire.
 - Les erreurs de raisonnement sont des erreurs de connaissance et de planification.
 - Les erreurs ne peuvent être comprises correctement que dans leur contexte.
 - Les facteurs liés aux patients, aux tâches à effectuer, aux individus, à l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et au contexte institutionnel ont tous une influence potentielle sur les incidents et les accidents.
 - Les incidents peuvent être vus comme une «fenêtre» sur le système de soins.
-

• **Contexte institutionnel.** L'organisation elle-même est affectée par le contexte institutionnel, notamment par les contraintes financières et les organismes de réglementation externes et, plus généralement, par le climat économique et politique.

L'étude et l'analyse des incidents cliniques

Le modèle de James Reason et les sept niveaux décrits ci-dessus constituent les fondements du «London protocol», l'une des méthodes d'analyse systématique des incidents cliniques développées dans le domaine des soins (www.cpssq.org et www.patientsicherheit.ch). L'incident est vu comme une «fenêtre» sur le système, mettant en lumière ses forces et ses faiblesses (11). Le «London protocol» vise à guider la réflexion sur les incidents de manière à identifier les failles du système.

Durant l'enquête, les informations recueillies proviennent de différentes sources. Dossiers de patients, déclarations personnelles et autres documents pertinents sont passés sous la loupe. Des entretiens structurés sont menés avec les membres clés du personnel afin d'établir la chronologie des événements, de détecter les principaux problèmes liés aux soins et les facteurs contributifs du point de vue de chaque membre de l'équipe. Les questions essentielles sont les suivantes: «Que s'est-il passé?» (résultat et chronologie des faits); «Comment cela s'est-il passé?» (problèmes liés aux soins) et «Pourquoi est-ce arri-

vé?» (facteurs contributifs). L'enquêteur doit faire la distinction entre les facteurs contributifs qui ont eu un impact uniquement à cette occasion et ceux qui influencent de longue date ou de façon permanente la marche du service. Par exemple, le manque de communication observé entre deux sages-femmes peut représenter un incident isolé ou révéler plus généralement une communication déficiente dans l'unité. Dans l'idéal, le patient ou un membre de sa famille doit aussi être entendu, même si cela a rarement été le cas jusqu'à présent.

De l'analyse de l'accident à la conception du système

Nous arrivons ici à un tournant du présent ouvrage, passant de la compréhension et de l'analyse des incidents à l'étude des méthodes de prévention et d'amélioration de la qualité, objet des chapitres à venir. Le modèle à sept niveaux a permis de mettre en évidence les différents facteurs qui apparaissent lors de l'analyse d'un incident et qui concernent les patients, les tâches et la technologie, le personnel, l'équipe, l'environnement de travail, l'organisation et l'institution. Ces mêmes facteurs indiquent les moyens d'intervention et les différents niveaux auxquels il convient d'agir pour la qualité et la sécurité, ce qui sera illustré dans les deux prochains chapitres.

Littérature

- (1) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (2) Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*. 1998;316(7138):1154-7.
- (3) Woods DD, Cook RI. Nine steps to move forward from error. *Cognition Technology and Work*, 2002;4(2):137-44.
- (4) Senders JW, Moray N. Human error: course, prediction and reduction. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
- (5) Hollnagel E. Cognitive reliability and error analysis method. Oxford: Elsevier; 1998.
- (6) Reason JT. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
- (7) Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):768-70.
- (8) Reason JT. Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997.
- (9) Toft B. External inquiry into the adverse incident that occurred at Queen's Medical Centre, Nottingham. London: Department of Health; 2001.
- (10) Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, editor. *Clinical risk management: Enhancing patient safety*. London: BMJ Books; 2001. p. 9-30.
- (11) Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*, 2004;13(4):242-3.

36	Deux visions de la sécurité
37	Améliorer la qualité
37	Simplifier et standardiser les processus de soins
38	Réduire les erreurs liées aux médicaments
38	Réduire les erreurs de médication et les événements indésirables médicamenteux
40	Utiliser les technologies de l'information pour réduire les erreurs de médication
41	L'essentiel en bref
42	Littérature

4

Améliorer les processus et les systèmes de soins

4. Améliorer les processus et les systèmes de soins

Don Berwick demanda un jour à Guy Cohen, qui fut responsable de la qualité, de la sécurité et de la fiabilité à la NASA jusqu'au milieu des années 1990, comment faire pour améliorer plus rapidement et plus efficacement les soins de santé au sein du *Harvard Community system*. Après cinq heures d'entretien, Guy Cohen avait à peine commencé à lui parler de ce qu'il avait appris sur la qualité et la sécurité. Don Berwick se souvient de la réponse reçue à sa question de départ:

«Comment faire pour être assez bons pour aller sur la lune»? Guy Cohen n'avait pas de réponses toutes faites à m'offrir. Il n'a pas parlé de «qualifications du personnel» ou de «forces du marché» ni de «rémunération incitative» ni même de «responsabilité». En fait, si je me souviens bien, aucun de ces mots n'a été employé durant le temps que nous avons passé ensemble. Sa vision de la nature humaine, des organisations, des systèmes et du changement ne lui permettait pas de répondre en quelques mots.» (1)

Nous commençons à comprendre à quel point la question de la sécurité est difficile dans les soins de santé, aux plans culturel, technique, clinique et psychologique, sans compter l'hétérogénéité du domaine et l'ampleur du problème. Grâce à l'analyse des incidents, nous savons qu'un très grand nombre de facteurs peuvent être à l'origine d'une erreur ou d'un mauvais résultat. En toute logique, les solutions potentielles sont elles aussi variées. On pourrait essayer d'optimiser l'efficacité et la fiabilité des processus ou miser sur le travail d'équipe et la direction du personnel. Ou encore se tourner vers l'automatisation et la technologie. Les possibilités et les angles d'attaque sont multiples. Nous pouvons néanmoins

distinguer deux grandes approches pour l'amélioration de la sécurité des patients. Ces deux visions sont rarement formulées de manière explicite, mais sont toujours présentes dans les débats et les discussions sur cette thématique.

Deux visions de la sécurité

Une première approche consiste à simplifier, standardiser et optimiser les processus de base et à réduire la dépendance au facteur humain en faisant appel à l'automatisation ou, du moins, en offrant une assistance maximale pour les tâches qui nécessitent le concours d'individus. Il s'agirait idéalement de réduire au minimum la contribution humaine au processus de soins, à l'image de la production industrielle ou de l'aviation commerciale. Une telle vision se développe à partir du modèle appliqué dans l'industrie, dans lequel l'élimination des erreurs et des défauts passe par une standardisation accrue généralement associée à la technologie. Selon cette approche, une conception précise des processus de base des soins et une utilisation appropriée de la technologie permettent de vaincre la faillibilité humaine, la vulnérabilité à la fatigue et aux influences de l'environnement. Les mesures de sécurité prises dans cet esprit incluraient par exemple une simplification et une standardisation des processus cliniques, une révision fondamentale des équipements et des processus, des systèmes de médication informatisés, des dossiers médicaux et une mémoire électroniques ainsi que des aides à la décision, que ce soit par ordinateur ou sous forme de protocoles, de lignes directrices, de listes de contrôle et d'aide-mémoires.

La seconde approche, que j'ai baptisée «les humains font la sécurité», plaide en revanche pour une vision plus proche des réalités du travail clinique et se distancie de la première solution rigide, normative et technocratique (2). Les partisans de cette autre voie sont fortement impressionnés, à juste titre, par le nombre de fois où tout se passe bien en dépit d'une complexité extrême, d'exigences contradictoires, de risques et d'incertitudes. Selon cette vision, le système de soins deviendra plus sûr non pas en minimisant la contribution humaine, mais en comprenant comment les individus regardent vers l'avant, surmontent les risques et sont véritablement créateurs de sécurité. Cette approche sera débattue dans le prochain chapitre.

Améliorer la qualité

L'industrie manufacturière a obtenu d'énormes gains en termes de sécurité, d'efficacité et de rapport coût-utilité en prêtant une attention particulière à la conception, à l'entretien et à la performance des processus employés dans les usines. Au lieu d'inspecter les produits après coup pour identifier les défauts, les personnes chargées du contrôle et de la gestion de la qualité ont cherché à intégrer cette dimension dans le processus (3). Le rapport de Lord Darzi sur le NHS britannique montre, de façon similaire, que cet aspect est au cœur du système et indique clairement que chacun devrait prendre une part active dans la promotion et l'amélioration de la qualité des soins aux patients (4). Dans ce domaine, cette aspiration n'est toutefois pas encore une réalité.

Les médecins, les infirmières et d'autres membres du personnel ont souvent de la peine à concevoir que des approches développées dans l'industrie puissent avoir une quelconque pertinence pour le domaine des soins. Nous nous occupons de patients en tant qu'individus, que pouvons-nous apprendre de sociétés qui construisent des automobiles? De nos jours, on peut tout à fait personnaliser entièrement une voiture ou un ordinateur pour l'adapter à ses besoins et à ses préférences. Et le système de soins contient de fait un grand nombre de processus plus ou moins complexes qui présentent des similitudes importantes avec les processus industriels, notamment la pharmacie, la gestion des examens et analyses, le service de transfusion sanguine, etc. Bien décrites dans plusieurs ouvrages (3, 5), les méthodes de gestion de la qualité sont parfois présentées comme une simple série d'outils et de techniques, mais plus souvent, elles visent à apporter des changements profonds et durables en fonction des principes et des valeurs définis par l'organisation elle-même.

Simplifier et standardiser les processus de soins

Par rapport à l'industrie manufacturière, le domaine des soins présente un faible niveau de standardisation et de suivi des processus et des résultats et possède peu de défenses contre les erreurs et d'autres problèmes de qualité (6). La plupart des processus de soins dans leur forme actuelle ne sont pas le résultat d'une planification consciente, mais ont évolué au gré des circonstances, auxquelles ils se sont adaptés.

Beaucoup sont longs, compliqués et peu sûrs. Le processus de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments illustre bien cette complexité et le manque de standardisation. David Bates donne un exemple des problèmes qu'il a observés dans son hôpital avant que ne soit engagée une véritable offensive contre les erreurs de médication et les effets indésirables médicamenteux:

«Prenez l'exemple du processus de détection des allergies appliqué dans notre établissement il y a quelques années et qui était aussi employé dans la plupart des hôpitaux. Les médecins, les infirmières et les étudiants en médecine demandaient tous aux patients à quoi ils étaient allergiques. Cette information était notée à plusieurs endroits dans le dossier médical sans qu'il n'y ait de rubrique principale. Elle devait aussi être inscrite en haut de chaque ordonnance, bien que cela soit rarement fait en pratique. La pharmacie enregistrait le renseignement dans sa banque de données informatisées, mais ne trouvait l'information sur les allergies que si elle était indiquée sur les ordonnances, ce qui était souvent omis. Le contrôle par le personnel médical et infirmier était manuel. L'information n'était pas transmise entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, ni conservée d'une admission à l'autre. Sans surprise, environ un tiers des prescriptions de médicaments auxquels un patient présentait une allergie connue passait entre les gouttes.» (7)

Depuis, un nouveau système d'informations a été introduit, dans lequel toutes les allergies sont indiquées au même endroit, les médicaments sont rattachés à des «familles» (p. ex. la pénicilline) pour faciliter leur contrôle, l'information est conservée et la recherche systématique d'allergies éventuelles est effectuée par des ordinateurs plutôt que par des êtres humains fatigués et faillibles. Malheureusement, tous les systèmes de soins n'ont pas bénéficié d'une telle réorganisation. La commande et la lecture de radiographies, la communication d'informations sur le risque de suicide ou d'homicide, la transmission de données concernant des résultats d'examen anormaux aux patients et à leurs médecins traitants, l'hospitalisation pour une opération d'urgence, la planification efficace des sorties: tous ces éléments et d'autres encore sont vitaux pour as-

surer la sécurité des soins. Or l'expérience au jour le jour montre aux patients comme au personnel qu'ils sont loin d'être exempts d'erreurs.

Réduire les erreurs liées aux médicaments

La conception et la mise en place de processus simplifiés et standardisés moins dépendants de la vigilance humaine sont un moyen puissant de contribuer à rendre le système de soins plus sûr, mais aussi plus efficace et moins coûteux. *L'Institute for Healthcare Improvement* (www.ihl.org) a fait office de pionnier en matière d'amélioration de la qualité des soins en réunissant des idées et des expériences pratiques provenant du domaine des soins et de bien d'autres sources. Nous utiliserons son approche destinée à réduire les erreurs liées à la médication comme cadre général pour illustrer le potentiel inhérent à l'amélioration des processus. Le rôle particulier de la technologie sera abordé ultérieurement.

Trois éléments fondamentaux permettent d'améliorer la sécurité d'un processus de médication. Il s'agit de concevoir le système de manière à

- prévenir les erreurs en premier lieu;
- les rendre plus visibles lorsqu'elles se produisent;
- limiter leurs effets pour qu'elles n'occasionnent pas de préjudices.

En règle générale, la prévention des erreurs consiste à réduire la complexité des informations dont a besoin le personnel de santé, diminuer les risques de confusion entre des médicaments et tenter de limiter les erreurs qui surviennent parce que les intervenants essaient de faire trop de choses en même temps. Les erreurs peuvent être détectées plus facilement en utilisant toute une série de contrôles additionnels effectués par des humains (personnel et patients) et par des ordinateurs. Le fait de soumettre les ordonnances à un pharmacien avant dispensation et de demander au personnel de répéter les ordres verbaux ainsi que l'utilisation rationnelle des systèmes de surveillance de laboratoire sont autant de moyens de repérer les erreurs qui pourraient s'être produites. Même avec ces multiples contrôles et ces améliorations du système, des erreurs surviendront parfois, du simple fait du nombre astronomique de médica-

ments dispensés. La protection ultime consiste à être toujours prêt à atténuer les effets d'une erreur – quelle qu'elle soit –, à partir du principe qu'il s'en produira et à se préparer à y faire face. Savoir anticiper les erreurs est la marque d'un système sûr et non d'un système dangereux. Avoir sous la main les antidotes de médicaments à haut risque lors de leur administration constitue une protection clé contre le préjudice causé au patient. Ces principes généraux sont confirmés par des années d'expérimentation, d'évaluation et d'application pratique au sein de nombreuses organisations. Voyons comment ils fonctionnent concrètement.

Réduire les erreurs de médication et les événements indésirables médicamenteux

Dans l'Illinois, le centre médical St-Joseph dispose de 165 lits et compte de nombreux services, y compris la chirurgie à cœur ouvert et la traumatologie. Il a mis au point plusieurs projets de sécurité portés par une forte volonté de changement culturel et soutenus par des cadres de l'établissement (8).

En juin 2001, sur la base d'une étude de dossiers médicaux, on estima le taux d'événements indésirables médicamenteux (EIM) de l'hôpital à 5,8 pour 1000. Une analyse du processus de médication montra que celui-ci était compliqué et qu'il engendrait beaucoup de travail. Toute une série de personnes intervenaient entre le moment où l'ordonnance était écrite et celui où le patient recevait le médicament. Parmi les sources d'erreur courantes: l'absence d'informations sur le patient ou sur le médicament, la mauvaise communication des ordres médicaux, les problèmes liés à l'étiquetage ou à l'emballage, à la standardisation des médicaments, à leur stockage et à leur approvisionnement et les défauts du processus. En mai 2003, le taux d'EIM était tombé à 0,50 pour 1000, soit dix fois moins que la valeur de départ. Le centre a obtenu ce succès notamment grâce à une simplification radicale et à une standardisation du processus de médication. Qu'a-t-il fait concrètement?

Ce programme reposait essentiellement sur la standardisation et portait une attention particulière aux médicaments à haut risque. Tous les médicaments intraveineux pour adultes ont notamment été stan-

Tableau 4.1

Principes visant à réduire les erreurs de médication

Adapté de Berwick 1998

Réduire les erreurs liées à la complexité de l'information	<p>Limiter l'offre de la pharmacie de l'hôpital aux médicaments et aux dosages les plus importants.</p> <p>Prévoir la visite de pharmaciens dans les services pour assurer un suivi et fournir les conseils nécessaires.</p> <p>Lors des changements d'équipe, informer le personnel qui prend la relève sur les conditions susceptibles d'augmenter le risque d'erreur, tels que la présence d'une maladie peu connue, de collaborateurs nouveaux ou de régimes médicamenteux inhabituels.</p> <p>Fournir un système d'informations qui offre à tous les membres du personnel l'accès aux renseignements concernant les patients et permette la prescription électronique.</p>
Réduire les erreurs liées à une médication complexe ou dangereuse	<p>Retirer les médicaments à haut risque, tels que les électrolytes concentrés, des zones de soins aux patients.</p> <p>Etiqueter clairement les médicaments à haut risque de manière à signaler leur danger.</p> <p>Supprimer les médicaments semblables («look alike» ou «sound alike») ou les différencier clairement.</p>
Réduire les erreurs liées à la multiplicité des tâches	<p>Déléguer autant que possible les tâches concernant le calcul, la préparation et le mélange des doses à la pharmacie ou au fabricant.</p> <p>Etablir des heures fixes pour l'administration des médicaments et éviter toute interruption durant ces moments.</p> <p>Confier le travail d'effectuer les vérifications supplémentaires à une personne qui n'a pas d'autres tâches à ce moment-là; utiliser ces contrôles à bon escient et garantir une indépendance totale.</p> <p>Standardiser les équipements et le matériel (p. ex. les pompes intraveineuses) pour toutes les unités.</p> <p>Demander aux patients de participer activement aux contrôles, par exemple en s'identifiant, en vérifiant les médicaments et les allergies.</p>

dardisés et un nomogramme de posologie d'héparine unique, fondé sur le poids, a été mis au point et introduit dans l'ensemble de l'hôpital. Parmi les mesures très appréciées figure la présence accrue de pharmaciens dans les unités de soins pour contrôler et enregistrer les prescriptions de médicaments. Ces visites permettent aux pharmaciens d'identifier les risques d'erreurs de dosage et d'interactions médicamenteuses et font gagner du temps au personnel infirmier. Enfin, les patients eux-mêmes ont été associés au processus. Toute personne admise à l'hôpital reçoit aujourd'hui une brochure contenant des re-

commandations sur la sécurité de la médication ainsi qu'un formulaire permettant d'inscrire les médicaments qu'elle prend actuellement. Les patients sont aussi vivement encouragés à vérifier avec le personnel s'ils ont reçu une médication inhabituelle et un bilan comparatif des médicaments garantit qu'au moment de leur sortie, ils reçoivent les médicaments adaptés pour leur retour dans leur foyer. L'établissement décida aussi de mettre à profit les innovations technologiques comme les automates pour la dispensation des médicaments afin de diminuer encore les erreurs.

Encadré 4.1

Réduction des erreurs de médication au centre médical St-Joseph

- Ouverture d'une hot-line pour les événements indésirables médicamenteux, ce qui a permis de multiplier par dix les annonces d'EIM et d'erreurs de médication.
- Compte rendu mensuel des données relatives à la médication au conseil de qualité de l'hôpital.
- Mise au point de formules d'ordonnances préimprimées pour l'héparine.
- Conception d'un formulaire unique pouvant être employé aussi bien à l'admission qu'à la sortie pour le bilan comparatif des médicaments.
- Séparation des médicaments semblables («sound-alike» et «look-alike») à la pharmacie et dans les unités de soins.
- Introduction de tournées quotidiennes d'un pharmacien clinique chargé de comparer les ordonnances médicales avec les valeurs de laboratoire.
- Standardisation des concentrations des perfusions intraveineuses.
- Réduction du nombre de médicaments stockés dans les unités de soins aux patients.
- Suppression de l'utilisation d'abréviations à haut risque.
- Modification du processus pour les doses non standard, de sorte que toutes soient préparées et emballées à la pharmacie.
- Standardisation des pompes pour périurale et emploi de cathéters de couleur jaune avec ces pompes.

Tiré de Haig et al 2004

Utiliser les technologies de l'information pour réduire les erreurs de médication

Les technologies de l'information permettent de diminuer les erreurs de différentes manières: en améliorant la communication, en facilitant l'accès aux connaissances, en fournissant des renseignements clés (comme le dosage d'un médicament), en aidant à effectuer des calculs, en assurant un contrôle et un suivi en temps réel et en offrant des aides à la décision (6). De nombreuses erreurs de médication se produisent du fait que le médecin ne possède pas les informations nécessaires sur le patient ou sur le médicament ou que des résultats d'examen ne sont pas disponibles. Les ordonnances manuscrites ainsi que les erreurs de retranscription et de calcul représentent aussi des points critiques. Plusieurs systèmes faisant appel aux technologies de l'information ont été mis au point dans l'optique de résoudre ces problèmes et d'autres encore à différents stades du circuit du médicament. S'ils sont très prometteurs, ils ne sont toutefois pas la panacée, comme le signale David Bates:

«Les technologies de l'information ... peuvent résoudre certains problèmes et en créer de nouveaux, le bilan final n'est pas totalement prévisible et il est essentiel d'étudier l'impact de ces technologies. Leur efficacité principale réside dans l'organisation et la mise à disposition des informations, l'identification des liens entre différents éléments d'information et la réalisation de tâches répétitives et ennuyeuses, y compris la recherche d'éventuels problèmes. Un processus de médication optimal ne remplacera donc pas l'être humain, mais exploitera les forces de la technologie de l'information tout en laissant aux humains le soin de faire ce qu'ils font mieux que les machines, notamment la prise de décisions complexes et la communication interpersonnelle.» (7)

La prescription informatisée de médicaments (*computerized physician order entry, CPOE*) est le système qui a probablement eu le plus d'effets sur les erreurs de médication. Ces ordonnances établies par ordinateur apportent plusieurs améliorations. Première-

L'essentiel en bref

- Standardiser et simplifier les processus cliniques est un moyen efficace d'accroître la fiabilité.
 - Le fait de réduire la dépendance au facteur humain en recourant à des outils d'aide à la décision et à la technologie augmente la fiabilité dans les systèmes standardisés.
 - Même au sein d'un système fiable, il faut savoir anticiper les risques et construire la sécurité heure par heure.
 - La stratégie de réduction des erreurs de médication passe par trois axes: prévenir les erreurs, les rendre plus visibles et limiter leurs conséquences.
 - La prescription informatisée diminue les erreurs de médication, mais n'est pas la panacée.
-

ment, les formules sont structurées et doivent contenir un médicament, un dosage et une fréquence; contrairement à une personne, l'ordinateur peut refuser de valider une ordonnance si ces informations manquent. Deuxièmement, elles sont bien lisibles et permettent d'identifier le médecin qui en est l'auteur s'il est nécessaire de procéder à une vérification rétrospective. Enfin, toutes les ordonnances font systématiquement l'objet d'un contrôle de routine pour détecter les éventuelles allergies ou interactions médicamenteuses, vérifier les dosages particulièrement élevés ou au contraire très faibles et s'assurer que la posologie est adaptée aux fonctions hépatique et rénale du patient. Le personnel clinique a pu craindre que ces avantages soient annulés par le temps perdu à taper les ordonnances plutôt qu'à les écrire à la main, mais en pratique, la différence est minime (9).

David Bates et ses collègues (10) ont montré que l'introduction d'un système de prescription informatisée permettait de réduire de 55% les erreurs de médication. Ce dispositif fournissait aux médecins des informations sur les médicaments avec des restrictions appropriées quant au choix du dosage, de la voie d'administration et de la fréquence ainsi que des aides pour le calcul et le suivi. Lorsque le système incluait des aides à la décision de niveau plus élevé, telles qu'un contrôle plus complet des allergies et des interactions médicamenteuses, la réduction des erreurs pouvait atteindre 83%. D'autres études ont mis en évidence une amélioration de la prescription

pour les anticoagulants, l'héparine et les agents anti-infectieux ainsi qu'une diminution du nombre de cas où la posologie des médicaments était inadaptée pour des patients souffrant d'insuffisance rénale (11).

Les preuves attestant la valeur de la prescription médicamenteuse informatisée sont toujours plus nombreuses. Toutefois, la plupart des systèmes appliqués restent des produits «maison» qui ne prennent en compte qu'un nombre limité de patients dans des conditions données. Des recherches importantes sont nécessaires pour comparer les différentes applications, identifier les composants clés, examiner les facteurs liés à l'acceptation et à l'assimilation, mais aussi anticiper et recenser les problèmes que peuvent induire ces systèmes. Plus tard, il serait aussi possible d'envisager l'intégration de nouvelles technologies dans le processus d'administration des médicaments. Certaines n'en sont qu'aux premiers stades de développement, d'autres n'ont quasiment pas été testées. D'autres encore sont retardées par des contraintes externes, comme le recours aux codes-barres, qui pourrait s'avérer très utile. Largement répandue dans les supermarchés, cette technologie ne pourra pas être introduite tant que les fabricants n'auront pas adopté des normes communes. Des progrès importants ont néanmoins été réalisés au niveau de la fiabilité et de l'efficacité des prélèvements de sang et des transfusions sanguines.

Littérature

- (1) Berwick DM. *Escape Fire. Designs for the future of healthcare*. San Francisco: Jossey Bass; 2003.
- (2) Woods DD, Cook RI. Nine steps to move forward from error. *Cognition Technology and Work*, 2002;4(2):137-44.
- (3) Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco Jossey-Bass Publishers; 1996.
- (4) Darzi A. *High Quality Care for All*. Department of Health; 2009.
- (5) Nelson EC, Batalden P, Godfrey MM. *Quality by design. A clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey Bass; 2007.
- (6) Bates DW, Gawande AA. Improving Safety with Information Technology. *New England Journal of Medicine*, 2003;348(25):2526-34.
- (7) Bates DW. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):788-91.
- (8) Haig K, Wills L, Pedersen P, Patterson C, Novario M, Hoy R, et al. Improvement Report: Reducing adverse drug events per 1,000 doses. IHI; 2004 [updated 2004/10/15/]; Available from: <http://www.ih.org/search/pages/results.aspx?k=haig%20ADE>.
- (9) Hollingworth W, Devine EB, Hansen RN, Lawless NM, Comstock BA, Wilson-Norton JL, et al. The impact of e-prescribing on prescriber and staff time in ambulatory care clinics: a time motion study. *Journal American Medical Informatics Association*, 2007;14(6):722-30.
- (10) Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *Journal of the American Medical Association*. 1998;280(15): 1311-6.
- (11) Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 2003;163(12):1409-16.

44	La participation des patients à leur sécurité
45	La volonté des patients de s'associer aux pratiques de sécurité
46	Les compétences pour la sécurité
46	L'anticipation et la vigilance
48	Les équipes font la sécurité
48	Des interventions dans les équipes: le briefing, les listes de contrôle et les objectifs journaliers
49	L'adoption d'objectifs journaliers pour améliorer la clarté et la communication
49	Le briefing et les listes de contrôle en chirurgie
51	L'essentiel en bref
53	Littérature



5

Les humains font la sécurité

5. Les humains font la sécurité

En accomplissant ses tâches, le personnel clinique ne fait pas que bien faire son travail, il est aussi créateur de sécurité. Minute après minute au quotidien, la sécurité peut soit être érodée par les erreurs et les écarts occasionnels, soit être renforcée par des professionnels compétents et conscients de l'enjeu. Les individus construisent la sécurité en étant consciencieux et disciplinés et en suivant les règles, mais cela ne suffit pas. Le traitement de conditions complexes et fluctuantes requiert également un sens de l'anticipation et la capacité à adapter la prise en charge à l'évolution de l'état de santé du patient.

En réfléchissant à la sécurité, il est nécessaire d'adopter une vision plus vaste dans laquelle les praticiens anticipent non seulement le cours de la maladie, mais aussi le fonctionnement de l'organisation dans laquelle ils travaillent, évaluant les risques qui émanent de l'une et de l'autre. Vue selon cette perspective plus large, la sécurité demande de l'anticipation,

une conscience des risques, un état de préparation, de la résistance et de la souplesse, autant de qualités que ceux qui ont étudié les organisations fiables ont cherché à saisir et à exprimer. Enfin, les patients et leurs familles jouent également un rôle décisif pour garantir la sécurité. Ils sont appelés à anticiper l'évolution de la maladie, mais aussi les failles dans le système de soins. Dans ce chapitre, nous examinerons les compétences requises chez les patients, le personnel et les équipes cliniques pour qu'ils puissent veiller à la sécurité des soins de santé et la créer ensemble.

La participation des patients à leur sécurité

Les patients et leurs familles ont une position décisive et privilégiée sur de nombreux aspects du système de soins. Certes, ils peuvent ne pas saisir les enjeux techniques et cliniques, mais ils observent et sont témoins des gentillesse, des petites humiliations, des incohérences dans les soins, des erreurs et, parfois, des catastrophes. Les personnes souffrant d'une maladie chronique deviennent expertes en ce qui concerne leur pathologie, mais aussi les fragilités, les limitations et les cruautés involontaires du système de soins. Alors que les patients ont une excellente compréhension des vulnérabilités de ce dernier, il leur est terriblement difficile de faire entendre leur voix, en particulier lorsqu'il est question d'erreurs et de sécurité.

Même un médecin qualifié et expérimenté peut avoir de la peine à s'imposer face au personnel hos-

Encadré 5.1

Se sentir en réel danger à l'hôpital

Par-dessus tout, nous avons besoin de sécurité; et pourtant, Ann ne se sentait pas en sécurité. (...) Les erreurs n'étaient pas l'exception, elles étaient la norme. Lors d'une admission, le neurologue déclara le matin «Vous ne devez en aucun cas recevoir des agents anticholinergiques». L'après-midi même, une médication aux effets secondaires profondément anticholinergiques fut administrée. Au cours d'une autre admission, le neurologue responsable nous dit par téléphone qu'il fallait commencer immédiatement un médicament capital et potentiellement toxique. Il ajouta «Le temps presse». Il était

10 h00 du matin le jeudi. La première dose fut donnée 60 heures plus tard. Je ne pouvais rien faire pour changer les choses. J'en devenais fou. Un médecin ordonna de cesser la prise de Colace dès le premier jour. Pourtant, l'infirmière l'apporta chaque soir durant les deux semaines d'hospitalisation. (...) Je l'ai vu de mes propres yeux: il ne se passait pas un jour, pas un seul, sans qu'il n'y ait une erreur de médication. La plupart n'étaient pas graves, mais elles nous faisaient peur.

Adapté de Berwick 2003

pitalier qui s'occupe de lui ou d'un membre de sa famille. Don Berwick, jusqu'à récemment responsable de Medicare aux Etats-Unis, a raconté de façon émouvante l'accompagnement de sa femme Ann durant son traitement contre une grave maladie auto-immune (1). Dans son récit, Don souligne la bonne volonté, la gentillesse, la générosité et l'engagement du personnel de santé, mais se montre horrifié par le fonctionnement du système, alors même qu'il avait déjà passé vingt ans à étudier le problème de la qualité et de la sécurité des soins.

Qu'ils aient des connaissances cliniques ou non, les patients peuvent fournir des informations importantes pour la sécurité. Saul Weingart et ses collègues du *Dana Farber Cancer Institute* de Boston (2, 3) ont interrogé 229 patients hospitalisés qui ont accepté de participer et étaient en mesure de le faire. Il leur a posé trois questions générales:

- Pensez-vous qu'il y ait eu des problèmes dans votre prise en charge thérapeutique durant cette hospitalisation?
- Pensez-vous avoir été lésé ou avoir dû rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire à cause de problèmes concernant votre prise en charge?
- Pensez-vous que quelqu'un a commis une erreur ayant eu des conséquences sur votre prise en charge pendant cette hospitalisation?

Durant ces entretiens de cinq minutes seulement, les patients identifiaient une foule de défaillances dans le processus, telles que des problèmes en matière de diagnostic, de médication, de procédures, de services cliniques (radiologie, phlébotomie et laboratoire p. ex.) et de qualité des prestations. Au cours d'une seconde étude, l'équipe découvrit que les patients avaient rapporté un grand nombre d'événements fâcheux qui ne figuraient pas dans les dossiers médicaux; inversement toutefois, les dossiers faisaient état d'incidents et d'événements indésirables qui n'avaient pas été mentionnés par les patients interrogés. Les deux éléments – examen des dossiers médicaux et entretiens avec les patients – sont donc nécessaires pour obtenir une image relativement complète des préjudices involontaires causés par la prise en charge thérapeutique.

La volonté des patients de s'associer aux pratiques de sécurité

Les patients sont généralement vus comme les victimes passives d'une erreur ou d'une faille dans la sécurité, alors qu'ils ont des possibilités non négligeables de prendre une part active pour garantir que les soins soient efficaces, appropriés et sûrs. Au lieu de traiter les patients comme des bénéficiaires passifs de soins médicaux, il vaut mieux les considérer comme des partenaires ou des coproducteurs actifs (4). Leur degré de participation variera grandement en fonction de la nature et de la complexité du traitement et des connaissances techniques nécessaires pour comprendre le processus thérapeutique. Surtout, leur contribution dépendra de la mesure dans laquelle chaque individu se sent désireux et capable de s'investir et de l'encouragement prodigué en ce sens par le personnel qui assure sa prise en charge (5).

Afin de motiver les patients à endosser un rôle actif, certaines organisations ont publié des brochures montrant ce qu'ils peuvent faire pour améliorer leur sécurité. La commission américaine *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* a par exemple fait campagne pour que les patients «prennent la parole» («Speak Up»; www.jointcommission.org) afin de prévenir les erreurs dans les soins qui leur sont donnés. Encourager les patients à poser des questions sur leur médication pour qu'ils soient sûrs de la comprendre, à ne pas ingérer de médicaments avant d'avoir parfaitement saisi à quoi ils servent et à contribuer consciemment à leur traitement constitue une précaution utile et raisonnable. Il est plus difficile de suggérer qu'ils puissent explicitement remettre en cause un professionnel de la santé. Les patients sont néanmoins appelés à observer si l'on a contrôlé leur bracelet d'identification, à avertir le personnel s'ils pensent qu'il pourrait y avoir confusion avec un autre patient et à rappeler aux infirmières et aux médecins de se laver les mains. Bien que l'intention soit louable, il en résulte un élargissement du rôle du patient et une perte de responsabilité pour le personnel de santé.

Quelques rares études ont évalué la volonté des patients de prendre la parole et de contrôler les procédures hospitalières. Si la plupart d'entre eux sont prêts à demander la raison d'une procédure, ils sont

beaucoup moins nombreux à souhaiter intervenir pour refuser des soins, par exemple une radiographie ou une prise de sang non annoncée. Ils sont également peu disposés à rappeler aux médecins ou aux infirmières de se laver les mains: 5% seulement des personnes interrogées l'ont fait quand l'occasion s'est présentée (5, 6). En revanche, d'autres études de moindre envergure ont montré que les patients étaient davantage enclins à participer lorsqu'ils étaient associés à égalité avec le personnel aux initiatives portant sur l'hygiène des mains. De tels programmes doivent être soutenus par une campagne d'éducation, par des mesures incitatives et par une demande spécifique de rappeler systématiquement au personnel et aux visiteurs de se laver les mains (7).

Il n'est pas si simple d'établir la contribution que les patients peuvent apporter à leur sécurité. De nombreuses questions restent à résoudre. Néanmoins, on possède déjà quelques exemples impressionnants de patients jouant un rôle actif dans la gestion de l'hôpital et modifiant entièrement la nature et le ton des relations habituelles entre malades et soignants. En faisant participer les patients, le *Dana Farber Cancer Institute* de Boston a notamment appris que les personnes atteintes de neutropénie (diminution des globules blancs se produisant suite à différentes maladies) devaient souvent supporter de longues attentes fatigantes dans les services d'urgences, ce qui retardait sérieusement le début du traitement. Le dépistage par téléphone et l'admission directement dans les services appropriés a transformé ce processus et réduit le risque d'infections et d'autres complications. Dans cet hôpital, les patients sont par ailleurs membres de plusieurs comités importants et respectés comme une voix essentielle lors du réaménagement ou de l'optimisation de services.

Les compétences pour la sécurité

Les experts en clinique – comme dans bien d'autres domaines en vérité – apprennent à exercer de manière sûre et assurée en anticipant et en gérant les risques de leur activité. Les médecins en formation acquièrent ces compétences par l'expérience ou, s'ils ont de la chance, en observant des experts se tirer de situations dangereuses. Contrairement à bon nombre d'autres industries à haut risque, ces compétences sont rarement identifiées explicitement et entraînées formellement dans le domaine des soins.

Afin de mettre en évidence les qualités des praticiens qui travaillent de façon sûre, mais aussi efficace, Sonal Arora et Susy Long (8) ont interrogé des membres du personnel clinique qui ont identifié des douzaines de traits caractéristiques pertinents. Ceux-ci ont ensuite été regroupés en catégories principales de compétences clés pour la sécurité. (tableau 5.1)

Cette liste préliminaire montre que le personnel clinique est très conscient de l'importance de ces attitudes, comportements et compétences. Notez que les personnes interrogées ont relevé un grand nombre de traits de caractère comme l'humilité, l'honnêteté et la rigueur; si nous ne pouvons peut-être pas enseigner ces qualités, nous pouvons assurément les encourager dans la culture plus large et la philosophie de l'organisation. Parmi les compétences mentionnées, certaines sont en revanche plus concrètes. Nous nous arrêterons brièvement sur deux d'entre elles, à savoir l'anticipation et la vigilance.

L'anticipation et la vigilance

La capacité d'anticipation est un élément clé de l'expertise dans de nombreux domaines. Cette qualité implique essentiellement de penser en avance et d'imaginer les problèmes et risques possibles. Si vous conduisez sous une pluie battante, vous devez sans cesse vous concentrer sur ce qui pourrait arriver. Et si les pneus n'adhéraient plus? Et si la voiture qui me précède freinait brusquement? Cette manière de penser est expressément enseignée dans les cours de conduite avancée comme fondement nécessaire d'une conduite sûre et assurée.

Les experts ont toujours une longueur d'avance et sont tournés vers l'avenir. Cynthia Dominguez a montré à des chirurgiens la vidéo d'une intervention pratiquée sur une femme de 80 ans afin d'ôter une vésicule biliaire infectée. Elle a utilisé ces images comme prétexte pour demander aux chirurgiens comment ils se préparaient pour une telle opération et ce qui leur venait en tête à chaque étape. Elle découvrit que les chirurgiens chevronnés faisaient davantage de prédictions sur les problèmes qui pouvaient arriver que leurs collègues moins expérimentés. Ils avaient prévu en particulier qu'ils auraient des difficultés à disséquer et à identifier les structures environnantes sachant que la vésicule biliaire et les tissus voisins seraient enflés et enflammés (9). Ayant

Tableau 5.1 Quelques compétences clés pour la sécurité

Catégorie	Compétences individuelles	Exemples sous forme de citations
Anticipation et préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les problèmes organisationnels • Etre capable d'anticiper la détérioration de l'état d'un patient • Parer aux imprévus avec des niveaux de soins clairement définis 	<p>«Une chose que je fais chaque jour – et j'aimerais que mes jeunes collègues en fassent autant –, c'est de me demander: qu'est-ce qui pourrait mal tourner aujourd'hui? Et j'essaie de trouver des parades ...»</p>
Conscience de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas laisser ses émotions interférer avec les soins aux patients • Apprendre des erreurs commises • Reconnaître ses limites • Savoir qui appeler, quand et comment pour obtenir une aide appropriée 	<p>«Soyez conscients de vos limites, pour que les événements n'affectent pas votre jugement et votre capacité de travail.»</p>
Application	<ul style="list-style-type: none"> • Etre minutieux / faire attention au détail • Vérifier et revérifier • Prendre l'initiative d'aider les autres 	<p>«Si vous rencontrez un problème clinique inexplicable, continuez à réfléchir (et à chercher).»</p>
Humilité	<ul style="list-style-type: none"> • Entendre les critiques de manière constructive • Accepter d'écouter/de suivre les conseils d'autrui • Permettre aux autres de prendre le relais 	<p>«Il/elle n'a pas de problème à écouter les conseils d'infirmières ou de médecins moins expérimentés.»</p>
Vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Etre vigilant, «à son affaire» • Reconnaître les schémas et identifier tout écart • Réévaluer régulièrement la situation 	<p>«La connaissance et l'expérience font naître la vigilance qui permet de reconnaître lorsque les choses ne se déroulent pas comme elles devraient.»</p>

ces prédictions à l'esprit, ils étaient préparés mentalement aux risques qui les attendaient.

Autre exemple: l'anesthésie est en principe une procédure de routine, mais une urgence mettant en danger la vie peut se produire à n'importe quel instant; les anesthésistes sont formés pour maîtriser des procédures d'urgence et être sans cesse à l'affût de ce qui pourrait arriver. Les anesthésistes expérimentés s'assurent de disposer d'une réserve de matériel en cas d'urgence et de médicaments permettant par exemple de corriger une baisse rapide de la fréquence cardiaque. Ce genre de préparation semble évidente et devrait effectivement couler de source, mais ce n'est pas si facile de maintenir cet état de vigilance jour après jour, surtout lorsque les vraies urgences sont rares. Paradoxalement, plus une unité est sûre, plus il est difficile de se convaincre qu'une catastrophe peut se produire à n'importe quel moment.

Entretenir une telle conscience des risques implique de tenir compte par avance de l'évolution de la maladie, mais aussi des aléas de l'organisation et de la possibilité que les autres ne soient pas aussi consciencieux que vous le souhaiteriez. Mon collègue Ros Jacklin l'exprime parfaitement dans cet exemple qui illustre toutes les étapes de l'anticipation consciente dans une situation donnée:

«J'ai le sentiment que l'une des caractéristiques qui font un praticien sûr n'est autre que la vigilance – voir les problèmes avant qu'ils n'arrivent, lorsqu'ils sont encore en gestation. Par exemple, si vous êtes de garde, cherchez à savoir quels patients ont été opérés le jour même et passez brièvement auprès d'eux avant d'aller vous coucher, que l'on vous l'ait expressément demandé ou non. Si un patient a l'air déshydraté, contrôlez si d'autres indices pourraient signaler une hémorragie et augmentez légèrement l'apport de liquides pendant la nuit. Sinon, personne ne remarquera la déshydratation jusqu'à ce que la production d'urine chute. Si cela devait arriver, vous pourriez probablement rectifier le tir facilement à ce stade avec une perfusion intraveineuse, mais si, pour une raison ou une autre, il devait y avoir un retard, le patient pourrait se retrouver en situation d'insuffisance rénale avérée.»

(Communication personnelle de Ros Jacklin)

Les équipes font la sécurité

Les soins de santé sont dispensés par des équipes davantage que par des individus. Même lorsqu'un patient a développé une relation particulière avec son médecin traitant, son chirurgien ou son infirmière, cette personne est soutenue par tout un réseau d'autres professionnels qui jouent un rôle fondamental dans la garantie qu'il reçoive des soins sûrs et efficaces. Comme les individus, les équipes peuvent contribuer à saper ou à construire la sécurité. Une équipe qui fonctionne mal multiplie les risques d'erreur. A l'inverse, une équipe efficace peut établir une sécurité plus solide que ne pourrait le faire un individu. Elle peut mettre en place des protections supplémentaires contre l'erreur en procédant à des contrôles et à des vérifications et en offrant un soutien aux autres; lorsqu'une personne se trouve en difficulté, une autre lui vient en aide; lorsqu'une personne fait une erreur, une autre la repère.

Si vous travaillez au sein d'une équipe – c'est le cas de la majorité d'entre nous –, vous ne vous intéressez probablement pas beaucoup à sa manière de fonctionner et aux facteurs qui font que ça marche bien. Il y a des jours où tout va comme sur des roulettes et c'est une joie de travailler avec vos collègues. Et il y a des jours où l'équipe est divisée, où chaque parole semble mal comprise, où tout prend deux fois plus de temps que d'habitude et vous rentrez chez vous stressé et épuisé. Il est facile de reprocher aux autres de chercher les difficultés ou de mettre des bâtons dans les roues, ce qu'ils font parfois, c'est vrai. Mais dans le domaine des soins, si nous y regardons de plus près, nous découvrons un problème sous-jacent fondamental: les équipes ne sont pas constituées explicitement, les processus du travail en équipe ne sont pas définis et tout le système repose sur la bonne volonté ainsi que sur la résilience et la capacité d'adaptation naturelles du personnel de santé.

Des interventions dans les équipes: le briefing, les listes de contrôle et les objectifs journaliers

En observant des équipes et leur manière de fonctionner, on comprend rapidement qu'il ne suffit pas de réunir des individus bien intentionnés pour faire une équipe; de plus, son travail doit être planifié et organisé. Certaines études réalisées en urologie et

en chirurgie générale ont montré que près d'un tiers des tâches standard d'une équipe en matière de communication et de contrôle du matériel n'étaient pas menées à bien (10, 11). Améliorer la formation des équipes est une réponse possible aux problèmes de ce type. Toutefois, il existe d'autres approches, plus simples, qui ont au final des effets relativement profonds.

L'adoption d'objectifs journaliers pour améliorer la clarté et la communication

Souvenez-vous du cas de David James, qui succomba à une injection spinale de vincristine. Dans cette affaire, il est frappant de voir que chaque personne ou presque a fait des suppositions sur ce que les autres étaient censées savoir ou savoir faire. Par défaut, nous sommes convaincus que les autres ont la même compréhension que nous d'une situation et, pire encore, que nous avons correctement exprimé nos intentions et nos souhaits. De nombreuses instructions concernant les soins aux patients sont données rapidement, parfois presque à la hâte, souvent dans un langage abrégé avec beaucoup de non-dits sur les soins de base qui devront être fournis. Au sein d'une équipe toujours composée des mêmes personnes qui travaillent ensemble en même temps, cela fonctionne généralement assez bien. Cependant, ce cas de figure est rare, surtout chez les équipes de soins: il s'agit d'une population fluctuante avec des horaires variables, en partie épaulée par du personnel temporaire.

Peter Pronovost (12) pose deux questions simples, mais cruciales à des médecins et des infirmières travaillant aux soins intensifs après leur tournée quotidienne: (1) Dans quelle mesure comprenez-vous les objectifs des soins dispensés aujourd'hui à ce patient? (2) Dans quelle mesure comprenez-vous ce qui doit être fait pour amener ce patient au prochain niveau de soins? Ces questions semblent inutiles, presque insultantes. Ces personnes s'occupent de patients très malades, ne savent-elles pas ce qu'elles sont censées faire? Une enquête formelle révéla pourtant que seuls 10% des infirmières et des médecins interrogés comprenaient les objectifs des soins dispensés aux patients.

Au terme d'entretiens et de débats, l'équipe introduisit une fiche d'objectifs journaliers sur laquelle le

personnel devait noter les tâches à accomplir, indiquer le plan thérapeutique et spécifier la communication avec les patients et leurs familles. Cet instrument présente deux avantages principaux: premièrement, il oblige à formuler des objectifs explicites pour chaque patient, ce qui permet ensuite de les contrôler et de les réviser. Deuxièmement, il garantit que tout le monde parte des mêmes bases et suive le même programme.

Cette simple intervention a eu des effets remarquables. En l'espace de huit semaines, la proportion d'infirmières et de médecins qui comprenaient clairement les objectifs journaliers pour les patients passa de 10 à 95%. Selon le personnel, cette fiche d'objectifs à court terme leur fournit un outil simple pour fixer des priorités et guider le travail quotidien de l'équipe. Les infirmières ont à présent le sentiment d'être réellement intégrées dans l'équipe en partenariat avec les médecins. Suite à l'introduction de cet instrument, la durée des séjours a raccourci, passant de 2,2 jours à 1,1 jour, ce qui permet chaque année à 670 patients supplémentaires de bénéficier de soins intensifs, même si les auteurs restent prudents concernant l'attribution de ce changement à la seule adoption des objectifs journaliers.

Le briefing et les listes de contrôle en chirurgie

De nombreuses études attestent aujourd'hui l'utilité des listes de contrôle et du briefing, outils qui sont généralement associés, bien qu'ils soient parfois décrits séparément. Dans le cadre de la campagne «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies» lancée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – Alliance mondiale pour la sécurité des patients, Atul Gawande a mené une étude sur les listes de contrôle qui a fait date (13).

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS poursuit un double objectif: s'assurer que tous les intervenants en salle d'opération connaissent le patient, la procédure chirurgicale et l'équipement nécessaire et garantir que les mesures indispensables telles que l'antibiothérapie prophylactique ou la prévention de la thrombose veineuse profonde soient appliquées avec diligence. Comprenant 19 points, la liste est remplie en trois temps: avant induction de l'anesthésie (procédures initiales), avant incision de la peau (vérifications) et avant que le patient ne quitte la salle d'opération (procédures finales).

Encadré 5.2

Objectifs journaliers aux soins intensifs (USI)

Chambre n°	visa pour la révision des objectifs		
	07.00 – 15.00	15.00 – 23.00	23.00 – 07.00
Date			
Que faut-il faire pour que le patient puisse quitter l'USI?			
Quel est le plus grand risque pour le patient en matière de sécurité? Comment le réduire?			
Traitement antalgique/sédation			
Volume cardiaque			
Poumons/ventilation (PP, lever TDL)			
Mobilisation			
MI, cultures, niveaux médicamenteux			
GI/Nutrition			
Changement de médication (peut-on arrêter un médicament?)			
Analyses/procédures			
Revoir les analyses de laboratoire prévues; labo du matin & RX thorax			
Consultations			
Communication avec l'UP			
Communication avec la famille			
Peut-on ôter des cathéters/tubes?			
Ce patient reçoit-il une prophylaxie TVP/UGD?			

PP: pression de plateau; TDL: tête de lit; MI: maladie infectieuse; GI: gastro-intestinal; labo: analyses de laboratoire; RX: radiographie; UP: unité de provenance; TVP: thrombose veineuse profonde; UGD: ulcère gastroduodénal

L'essentiel en bref

- Les patients et leurs familles peuvent fournir des informations décisives pour la sécurité et contribuer à veiller à la sécurité des soins qui leur sont donnés.
 - Les praticiens compétents apprennent à travailler de manière sûre et assurée en anticipant et en gérant les risques liés à la pathologie et à l'organisation.
 - Une équipe qui fonctionne mal multiplie les risques d'erreurs. Les équipes efficaces contribuent davantage à la sécurité qu'un individu.
 - Les programmes et objectifs journaliers explicites peuvent grandement accroître la fiabilité des soins dispensés aux patients.
 - L'utilisation du briefing et de listes de contrôle en chirurgie réduit les complications opératoires et améliore la qualité du travail de l'équipe.
-

Chaque point est confirmé verbalement par le patient ou par d'autres membres de l'équipe (14). Dans le cadre d'une étude internationale, cet instrument a été testé dans huit hôpitaux de huit pays avec évaluation de 3733 patients avant l'introduction de la liste et 3955 après. Les résultats ont montré une diminution de la mortalité de 1,5 à 0,8% et des complications survenant à l'hôpital de 11 à 7,0%. De plus, cet outil a incité certains établissements à adopter des techniques courantes dans les pays développés. L'utilisation d'un oxymètre de pouls a notamment augmenté de 60% à plus de 90% sur l'un des sites pilotes.

Toutefois, le briefing et les listes de contrôle ne sont pas un remède miracle. Selon l'utilisation qui en est faite, ils peuvent avoir un impact positif ou négatif sur les prestations d'une équipe. Un chirurgien peut très bien participer ostensiblement à un briefing tout en exprimant sa supériorité et son détachement, en n'écoutant que d'une oreille et en se consacrant simultanément à d'autres tâches. Une liste de contrôle peut aussi être lue par une infirmière sur un ton haché et indifférent qui ferme la porte à toute discussion au sein de l'équipe.

Ces outils montrent bien comment des mesures relativement simples sont susceptibles d'améliorer le travail en équipe et les soins aux patients, même si, concrètement, il peut bien sûr être extrêmement dif-

ficile de convaincre les praticiens de les utiliser et de les intégrer dans leur quotidien. Les objectifs journaliers, de même que les listes de contrôle pré- et postopératoires paraissent très terre à terre, ce qui explique en partie la résistance des praticiens à les adopter. Toutefois, une liste de contrôle n'est pas un bout de papier, ni même un inventaire, c'est une intervention qui, si elle est bien menée, peut avoir des effets sur les relations entre les professions et les hiérarchies et sur le fonctionnement général de l'équipe, voire sur les valeurs et la culture de la sécurité de ses membres.

Ces interventions n'abordent cependant qu'une partie seulement des aspects relatifs au travail en équipe et il ne faudrait pas croire qu'il suffit d'ajouter des listes de contrôle pour assurer la sécurité. Le véritable but de ces approches consiste à favoriser une compréhension commune, à préciser la direction de l'équipe dans des situations particulières et à anticiper les problèmes. Autant d'objectifs dont la réalisation requiert aujourd'hui un changement de vision du travail d'équipe, qui doit être appréhendé de manière plus large et plus complète avec, notamment, l'introduction de nouveaux modes de formation plaçant des groupes de professionnels de la santé dans différents contextes novateurs.



Organisation mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

Avant induction de l'anesthésie
(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

Avant incision de la peau
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

<p>Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision</p>	<p>L'infirmier(ère) confirme oralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le type d'intervention <input type="checkbox"/> Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct <input type="checkbox"/> Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient) <input type="checkbox"/> S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre
<p>Le site de l'intervention est-il marqué ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet</p>	<p>Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet</p>	<p>Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?
<p>Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Anticipation d'évènements critiques</p> <p>Pour le chirurgien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ? <input type="checkbox"/> Quelle sera la durée de l'intervention ? <input type="checkbox"/> Quelle est la perte sanguine anticipée ? 	
<p>L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Pour l'anesthésiste :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le patient présente-t-il un problème particulier ? 	
<p>Le patient présente-t-il : une allergie connue ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Pour l'équipe infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ? 	
<p>un risque d'intubation difficile ou un risque d'embalation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, et équipement/assistance disponibles</p>	<p>Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet</p>	
<p>un risque de perte sanguine > 500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus</p>		

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont encouragées. Révisé 1 / 2009 © OMS, 2009

Illustration 5.1 Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (OMS, 2009). Reproduite avec l'autorisation de l'OMS, Organisation mondiale de la santé 2009, Liste de contrôle OMS de la sécurité chirurgicale.

Littérature

- (1) Berwick DM. *Escape Fire. Designs for the future of healthcare.* San Francisco: Jossey Bass; 2003.
- (2) Weingart SS. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 2005;20(9):830.
- (3) Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman S, et al. Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 2008;149(2):100-8.
- (4) Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 2007;335(7609):24-7.
- (5) Davis RE, Koutantji M, Vincent CA. How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. *Quality and Safety in Health Care*, 2008;17(2):90-6.
- (6) Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *Journal General Internal Medicine*, 2006;21(4):367-70.
- (7) McGuckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *American Journal Infection Control*, 2004;32(4):235-8.
- (8) Long S, Arora S, Moorthy K, Sevdalis N, Vincent C. Qualities and attributes of a safe practitioner: identification of safety skills in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 2011 (6):483-90.
- (9) Dominguez C, Flach JM, McDermott PC, McKellar DM, Dunn M. The conversion decision in laparoscopic surgery: Knowing your limits and limiting your risks. In: Smith K, Shanteau J, Johnson P, editors. *Psychological investigations of competence in decision making.* Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 7-39.
- (10) Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi A, Vincent CA. Observational teamwork assessment for surgery (OTAS): refinement and application in urological surgery. *World Journal of Surgery*. 2007;31(7): 1373-81.
- (11) Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi SA, Vincent CA. Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal Evaluation in Clinical Practice*, 2006;12(2):182-9.
- (12) Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical Care*, 2003;18(2):71-5.
- (13) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009;360(5):491-9.
- (14) Soar J, Peyton J, Leonard M, Pullyblank AM. Surgical safety checklists. *British Medical Journal*, 2009;338(jan21_1):b220.

56	Le préjudice médical est différent des autres
57	Quels sont les besoins des patients lésés?
58	Annoncer l'erreur et le préjudice
58	A plus long terme
59	Soutenir le personnel après un grave incident
60	Stratégies permettant de gérer les erreurs, les préjudices et leurs conséquences
61	L'essentiel en bref
62	Littérature



6

Les conséquences

6. Les conséquences

De nombreux patients sont victimes d'erreurs durant leur traitement, qu'ils en soient conscients ou non, et une partie d'entre eux subissent un préjudice. Celui-ci peut être mineur, source de désagréments ou de gênes, ou beaucoup plus grave, de l'incapacité sévère au décès. Presque toujours, l'incident a des conséquences psychologiques sur les patients et le personnel, allant de l'inquiétude et du désarroi à la dépression, voire au désespoir. On prend rarement la pleine mesure de ce que vivent ces personnes. Pourtant, il est indispensable de comprendre l'impact de ces souffrances pour pouvoir fournir une aide utile et efficace.

Le préjudice médical est différent des autres

Les patients victimes d'une erreur médicale et leurs familles peuvent souffrir doublement, d'abord à cause du préjudice subi, puis en raison de la manière dont l'incident est traité. De nombreuses personnes – déjà blessées par leur traitement – subissent en effet un traumatisme supplémentaire si l'affaire est gérée sans la sensibilité et les compétences nécessaires. Inversement, lorsque le personnel va parler au patient, reconnaît le dommage et prend des mesures positives, le soutien offert peut atténuer l'impact de l'incident tant à court qu'à long terme. Les patients lésés ont besoin de recevoir des explications et des excuses et de savoir que des mesures ont été prises pour que cela ne se reproduise pas; souvent, ils ont aussi besoin d'une aide pratique et financière (1). Du côté du personnel, l'angoisse, la honte ou le fait de ne pas savoir que dire viennent fréquemment freiner l'envie naturelle de venir en aide aux victimes.

L'impact émotionnel est particulièrement complexe, car le traumatisme médical est différent des autres accidents sur plusieurs points importants. Premièrement, le préjudice – involontaire – a été causé par

des personnes en lesquelles les patients avaient placé une grande confiance. Leur réaction peut donc être particulièrement violente et difficile à gérer. Imaginez les émotions complexes que vous pourriez ressentir si vous aviez été blessé accidentellement par un membre de votre famille. Deuxièmement, les victimes sont souvent prises en charge par la suite par les mêmes professionnels – et parfois les mêmes personnes – à l'origine du premier préjudice. Terrifiées par ce qui leur est arrivé, elles peuvent ressentir des sentiments conflictuels à l'égard des personnes qui s'occupent d'elles, ce qui peut aussi être très difficile à vivre, même lorsque le personnel manifeste sa compassion et son soutien.

Par ailleurs, les conséquences de certains incidents n'apparaissent qu'à long terme. Par exemple, un intestin perforé peut nécessiter une série de nouvelles interventions et des séjours supplémentaires à l'hôpital. Comme pour tout accident, les effets et les problèmes associés peuvent se multiplier avec le temps, surtout en cas de guérison incomplète. Des douleurs chroniques affecteront l'humeur d'une personne, sa capacité à s'occuper de ses enfants et à travailler, ses relations familiales et sociales et sa vie sexuelle.

A mesure que ses relations avec les autres se détériorent, la victime s'isole, réduit ses activités et se retrouve davantage exposée au risque de dépression, ce qui rend encore plus difficile l'exercice d'une activité professionnelle, la vie familiale et la prise en charge des enfants (2). Ce scénario peut encore être aggravé par les problèmes financiers causés par l'incapacité de travailler et les angoisses que cela engendre face à l'avenir. Ces conséquences-là sont ignorées par l'organisation de soins qui a causé le préjudice en premier lieu (3).

Lorsqu'un patient perd la vie, le traumatisme est bien évidemment plus grave encore, surtout lorsque la mort aurait probablement pu être évitée. Les familles confrontées au décès soudain ou inopiné d'un proche ont beaucoup de peine à accepter cette perte. Si cette tragédie aurait pu être évitée, car elle est en partie due à des soins inadéquats, ces personnes peuvent vivre un deuil particulièrement long et traumatisant. Elles peuvent ressasser sans fin ce qui s'est passé et éprouver de grandes difficultés à gérer cette disparition.

Encadré 6.1

Perforation du côlon à l'origine de douleurs chroniques et d'une dépression

Une femme subit une hystéropexie (fixation d'un utérus déplacé à la paroi abdominale). Elle se réveilla de l'opération avec des douleurs terribles dans le bas-ventre qui ne firent qu'augmenter les quatre jours suivants. Elle avait très peur et en parla plusieurs fois aux médecins et aux infirmières sans que personne ne la prenne au sérieux.

Le cinquième jour, la douleur était à son comble. Elle avait l'impression qu'on lui arrachait l'intérieur du ventre. Ce soir-là, la plaie s'ouvrit et le contenu de ses intestins commença à suinter à travers les pansements. Même à ce moment-là, nul ne sembla s'en inquiéter, jusqu'à ce que le chirurgien finisse par réaliser que l'intestin avait été perforé. Une colostomie temporaire fut pratiquée.

L'opération suivante, destinée à supprimer la colostomie, fut «un nouveau fiasco». Quelques jours plus tard, des matières fécales s'écoulèrent par la cicatrice, la plaie s'infecta et la douleur était insoutenable, surtout après les repas. La patiente ne cessa de demander si elle ne pouvait pas être nourrie par perfusion, mais le personnel infirmier insista pour qu'elle continue de s'alimenter normalement. Pendant deux semaines, elle ne cessa de souffrir, paniquée – «Je n'en pouvais tout simplement plus». Elle fut finalement transférée

dans un autre hôpital où elle fut immédiatement mise sous alimentation liquide.

Une dernière opération visant à réparer l'intestin fut un succès, mais laissa la patiente épuisée et déprimée. Il lui fallut une année de convalescence pour commencer à reprendre des forces. Trois ans plus tard, elle se sent encore fatiguée, irritable et démoralisée. «Je n'ai plus le goût à rien» dit-elle. Elle n'arrive plus à recevoir de l'affection ou du réconfort et se sent sombrer dans la morosité et l'anxiété.

Ses cicatrices la gênent encore lorsqu'elle a ses règles. Son ventre «déformé» lui a fait perdre une partie de sa confiance en elle et en son pouvoir de séduction. A mesure que sa dépression s'aggravait, elle s'est désintéressée du sexe et s'est focalisée sur ses cicatrices. Trois ans après, le souvenir de son séjour à l'hôpital est encore très présent, elle en fait des cauchemars et est incapable d'en parler sans fondre en larmes. Elle ressent une grande colère et beaucoup d'amertume en pensant que personne ne lui a jamais présenté des excuses et n'a reconnu qu'une erreur avait été commise.

Adapté de Vincent (2001)

Quels sont les besoins des patients lésés?

Imaginez que vous, votre mari, votre mère ou votre enfant ayez inexplicablement été victime d'un préjudice médical. Que voudriez-vous? Je pense que vous aimeriez savoir ce qui s'est passé, qu'on vous présente des excuses, qu'on s'occupe de vous et, plus tard, qu'on prenne des mesures pour que personne d'autre n'ait à traverser une telle épreuve. Si le préjudice causé vous a empêché de travailler ou de prendre soin de vos enfants, vous apprécieriez aussi une certaine compensation financière pour vous aider durant la période de rétablissement. Et un soutien à long terme serait nécessaire si la victime ne devait pas se remettre. En étudiant les motifs des affaires portées au tribunal, mes collègues et moi avons retrouvé ces mêmes besoins. Les patients lésés demandaient:

- une explication,
- des excuses,
- des mesures garantissant que cela ne se reproduise pas,
- une compensation (dans certains cas seulement).

La plupart d'entre eux souhaitaient que les praticiens comprennent ce qu'ils étaient en train de vivre, car le fait de se sentir ignoré ou le manque d'écoute causent une douleur et une frustration telles qu'elles peuvent retarder la guérison et la réadaptation (1). Un patient me déclara «Si on m'avait dit les choses avec franchise, je l'aurais mieux vécu».

Par ailleurs, chaque patient lésé a des problèmes et des besoins qui lui sont propres. Certains s'appuie-

ront largement sur l'aide de professionnels tandis que d'autres préféreront compter sur leur famille et leurs amis. Parfois, le chemin passe d'abord par un traitement médical curatif, alors que pour d'autres personnes, ce sont les conséquences psychologiques qu'il faut voir en premier. A court terme, il convient de respecter deux principes essentiels: croire le patient et se montrer aussi honnête et ouvert que possible, ce qui signifie révéler l'erreur ou le préjudice à la victime et à sa famille.

Annoncer l'erreur et le préjudice

Le principe éthique de divulguer ouvertement les erreurs est expressément reconnu et formulé dans de nombreux codes d'éthique. Voici un exemple tiré de l'American Medical Association:

«Les patients ont le droit de connaître leur status médical présent et passé et d'être libérés de toute croyance erronée sur leur état de santé. Il peut arriver occasionnellement qu'un patient souffre de complications médicales importantes pouvant être la conséquence d'une erreur ou d'une mauvaise évaluation de la part du médecin. En pareil cas, l'éthique commande au médecin d'informer le patient de tous les faits nécessaires pour lui permettre de comprendre ce qui s'est passé.»

(AMA 1999 www.ama.org)

Lorsque les choses tournent mal, le personnel de santé doit prendre l'initiative d'aller voir le patient et/ou sa famille et affronter la situation de manière ouverte et honnête. La plupart des patients, qu'il aient été victimes d'une erreur ou non, indiquent clairement qu'ils voudraient être informés de toutes les erreurs préjudiciables et savoir ce qui est arrivé, comment cela s'est passé, de quelle manière les conséquences peuvent être atténuées et ce qui sera entrepris pour que l'incident ne se reproduise pas (4). Eviter ou retarder inutilement cette confrontation ne fera que suggérer qu'il y a quelque chose à cacher. Un professionnel expérimenté doit décrire de manière claire et complète ce qui s'est précisément passé. Le personnel en formation en contact avec le patient peut aussi être présent lors du premier entretien. La victime et ses proches doivent avoir le temps de réfléchir à ce qui leur a été dit et avoir la possibi-

lité de revenir et de poser de nouvelles questions. Souvenez-vous qu'après un incident, le choc peut être tel qu'une personne aura du mal à gérer une trop grande quantité d'informations. Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires sur quelques semaines ou quelques mois. Il n'est pas facile de parler aux patients ou à leurs familles de résultats décevants ni de faire face à leurs réactions. Malgré tout, si les choses sont annoncées avec tact et compassion, cette communication maintient le lien de confiance entre les personnes impliquées et peut grandement aider le patient à traverser l'épreuve.

A plus long terme

Lorsque le préjudice causé est grave, le fait de reconnaître l'incident et d'en discuter n'est que la première étape. Il faut en effet prendre en compte les besoins à long terme des patients, de leurs familles et du personnel.

Lors des entretiens avec les patients lésés, ceux-ci déclarent fréquemment qu'aucun des professionnels participant à leur prise en charge n'a pris la mesure de leur désarroi. Je me souviens de plusieurs patients souffrant de fortes douleurs qui se sont sentis profondément déprimés et ont eu par moments des idées suicidaires. Alors que tout était mis en œuvre pour régler leurs problèmes physiques, personne n'avait songé à leur demander comment ils allaient moralement. Les responsables de la gestion des risques, les praticiens et les autres professionnels ayant affaire à ces patients peuvent leur poser des questions simples sans craindre d'«aggraver les choses». Quelques-uns des aspects les plus importants à sonder sont les sentiments de dépression, d'anxiété, de colère, d'humiliation, de trahison et de perte de confiance, courants chez les victimes d'un préjudice.

Les patients lésés peuvent recevoir du soutien, du réconfort et une aide concrète de différentes sources. Il peut s'agir de leur conjoint, de leur famille, de leurs amis et collègues, de médecins ou d'organisations communautaires. Le personnel médical et infirmier ainsi que les autres professionnels qui participent au traitement jouent à cet égard un rôle particulièrement important. Il est essentiel qu'ils continuent à prodiguer les mêmes soins et ne battent pas en retraite en raison d'un sentiment de gêne ou de culpa-

Encadré 6.2

Comment annoncer une erreur ou un résultat indésirable

- Choisissez un lieu privé où le patient et sa famille pourront réagir aux mauvaises nouvelles que vous leur annoncez et où vous pourrez leur répondre de manière appropriée.
- Dites les choses clairement. Il faut qu'ils comprennent le préjudice involontaire: «J'ai le regret de vous informer que la procédure a causé ...».
- Attendez la réaction en silence. Donnez au patient/à sa famille le temps de réfléchir à ce qui s'est passé et de poser des questions.
- Prenez acte de leur première réaction et acceptez-la. Il s'agit généralement d'un mélange de déni, de colère, de résignation et de choc. Ecoutez.
- Résistez à la tentation de reporter la responsabilité sur d'autres professionnels de la santé ou de suggérer que c'est la faute des autres.
- Parlez du soutien pour la phase de transition. Dites au patient/à sa famille comment vous allez leur venir en aide au plan médical, social ou autre.
- Terminez en les rassurant sur votre disponibilité pour répondre aux autres questions qu'ils pourraient avoir. Évoquez les prochaines étapes.
- Envisagez de fixer une nouvelle rencontre dans quelque temps. Certains patients auront envie de s'exprimer seulement une fois que les choses se seront calmées.
- Après l'entretien, rédigez un résumé de la discussion et, dans l'idéal, partagez-le avec le patient et sa famille.

Adapté de Pichert, Hickson, Pinto, Vincent (2011)

bilité. De nombreux patients ont retiré du réconfort de l'empathie et du chagrin manifestés par le personnel impliqué dans des incidents tragiques, décrivant par exemple la chaleur et le soutien qu'ils avaient trouvés en étant témoins de leur tristesse.

Soutenir le personnel après un grave incident

Si les êtres humains font souvent des erreurs et se trompent dans toutes les sphères d'activités, certains environnements pardonnent moins que d'autres. Les erreurs à l'université, au tribunal ou en architecture peuvent la plupart être réglées par des excuses ou par un chèque. Par contre, les erreurs en médecine, dans le transport aérien ou sur une plateforme pétrolière peuvent avoir des conséquences sérieuses, voire catastrophiques. Cela ne signifie pas que les erreurs du personnel médical et infirmier ou des pilotes sont davantage répréhensibles, mais qu'elles ont des conséquences plus graves et que leurs auteurs supportent par conséquent une charge plus lourde. Le fait de commettre une erreur peut donc avoir des répercussions profondes sur les professionnels concernés, en particulier s'il en résulte un préjudice et s'ils sont vus, à tort ou à raison, comme les pre-

miers responsables de l'incident. La réaction typique a été parfaitement bien décrite par Albert Wu dans son article au titre évocateur: la deuxième victime.

«Presque tous les praticiens connaissent le malaise que l'on ressent en sachant qu'on a fait une erreur grave. On se sent pris à partie et exposé – pressé de vérifier si quelqu'un a remarqué l'erreur. On est angoissé et on ne sait pas quoi faire, s'il faut en parler à quelqu'un et que dire. Plus tard, on repasse l'événement sans cesse dans son esprit. On met en doute sa compétence, mais on a peur d'être découvert. On sait qu'on devrait confesser sa faute, mais on craint la possibilité d'une punition éventuelle et la colère du patient.» (5)

Selon une enquête réalisée auprès de médecins en formation postgraduée, le fait de commettre une erreur compte à leur sens parmi les événements les plus stressants à gérer, aux côtés des décès et de l'accompagnement des patients en fin de vie, des relations avec les supérieurs hiérarchiques et du surmenage (6). Les étudiants anticipent les erreurs qu'ils feront en tant que médecins avant même d'entrer en faculté de médecine:

«Lorsqu'on voit la responsabilité que portent les médecins et qu'on sait que les humains font sans cesse des erreurs, choisir cette profession peut être particulièrement effrayant. J'y avais pensé avant même de prendre ma décision de faire médecine.» (7)

Au cours d'une série d'entretiens approfondis avec des médecins qualifiés, Christensen et al (8) ont eu l'occasion de parler de plusieurs cas d'erreurs graves, dont quatre décès. Tous les médecins en étaient affectés, à un degré ou à un autre, mais quatre praticiens ont décrit leur profonde angoisse lorsqu'ils ont été confrontés à l'erreur. Ces discussions ont permis d'identifier une liste de thèmes généraux: la fréquence des erreurs dans la pratique clinique, le peu de fois où celles-ci sont divulguées aux collègues, aux amis et à la famille ainsi que leur impact émotionnel sur les praticiens. Même plusieurs années après, ils se souvenaient en détail de certains incidents. Passé le premier choc, les médecins avaient eu différentes réactions, qui avaient duré de quelques jours à quelques mois. Certains sentiments de peur, de culpabilité, de colère, de gêne et d'humiliation étaient encore présents au moment de l'entretien, parfois plus d'un an après l'événement.

Stratégies permettant de gérer les erreurs, les préjudices et leurs conséquences

Bon nombre des médecins interrogés dans les différentes études citées n'avaient pas parlé des erreurs ni de leur impact émotionnel avec leurs collègues. La honte, la peur de l'humiliation et de la sanction les décourageaient de s'en ouvrir aux autres et les poussaient à s'isoler. Nous espérons qu'à mesure qu'évolue la sécurité des patients, le personnel de santé pourra faire preuve d'une attitude plus ouverte face aux erreurs et au soutien dont il a besoin. Ce sujet n'ayant quasiment pas fait l'objet de recherches ni de recommandations formelles, nous proposons ci-après quelques suggestions qui pourront être utiles.

- **Reconnaître les erreurs.** En médecine comme dans d'autres activités, le risque d'erreur doit être identifié et reconnu ouvertement. Parler du fait que les erreurs sont omniprésentes, de leurs causes et de leurs conséquences probables permettrait de favoriser une attitude plus réaliste et une approche plus constructive.

- **Se montrer ouvert face à l'erreur.** Une discussion ouverte sur les erreurs a des effets très puissants, surtout si elle est menée par des personnalités expérimentées et respectées, car elle donne la possibilité d'en débattre à d'autres moments. Les infirmières et les médecins en formation apprennent qu'il est acceptable de parler des erreurs vu que leurs supérieurs le font.

- **Oser divulguer les erreurs.** Une politique d'ouverture assumée est aussi importante pour le personnel que pour les patients. Plusieurs acteurs sont encore déchirés entre leur envie d'adopter une position plus ouverte et l'attitude plus prudente qu'ils croient, à tort ou à raison, défendue par leurs supérieurs et leurs collègues.

- **Former à communiquer les erreurs.** Il est essentiel de former le personnel à parler des erreurs et à les expliquer. Faire face à un patient lésé par son traitement ou à ses proches en détresse ou en colère représente une situation clinique particulièrement difficile à gérer. Mieux préparer les acteurs cliniques à y réagir et leur enseigner les principes de base sur la manière d'aider des patients insatisfaits, bouleversés ou blessés et leurs proches sont bénéfiques pour les deux parties.

- **Offrir un soutien formel et informel.** La compréhension et l'approbation de la part des collègues sont toujours importantes, mais quelquefois, il faut plus qu'un appui et des marques de confiance générales. Le soutien peut aller du petit mot rassurant glissé dans un corridor à une proposition de psychothérapie complète. Parfois, une discussion en privé avec un collègue ou une personnalité respectée suffit; certains hôpitaux emploient à cet effet des médecins récemment partis à la retraite, qui jouent le rôle de mentors.

Rares sont cependant les organisations qui offrent un appui organisé et efficace à leur personnel ou qui reconnaissent pleinement la nécessité d'un tel soutien. Le *Brigham and Women's Hospital* à Boston fait exception: l'hôpital est à l'origine d'une expérience remarquable au bénéfice de ses patients et de ses collaborateurs. En 1999, Linda Kenney, fondatrice de *Medically Induced Trauma Support Services* (MITSS, services de soutien suite à un traumatisme

6. Les conséquences

L'essentiel en bref

- Les patients lésés ont été blessés par des personnes en lesquelles ils avaient confiance, de sorte que leurs réactions peuvent être particulièrement intenses.
 - Ils peuvent subir un traumatisme supplémentaire si l'incident est mal géré.
 - Pour maintenir la confiance, il est essentiel de fournir des explications et des excuses ainsi qu'un soutien, financier ou autre, et d'agir pour prévenir un nouvel incident.
 - Le fait de commettre une erreur causant un préjudice au patient est l'une des expériences les plus stressantes qui soient dans la carrière d'un praticien.
 - La communication ouverte et le soutien offerts sont déterminants pour les patients et leurs familles ainsi que pour le personnel.
-

médical), eut une crise de grand mal durant une opération. Suite à cette tragédie évitée de justesse, Linda Kenney et Frederick van Pelt, l'anesthésiste concerné, travaillèrent pour établir parallèlement des services de soutien destinés aux patients et un programme d'assistance par les pairs à l'intention du personnel clinique. Pour ce dernier, il s'agissait de recruter des personnes crédibles et expérimentées ayant une compréhension personnelle de l'impact d'une erreur et pouvant être disponibles rapidement pour fournir un appui et une écoute confidentiels. Déjà engagé dans une politique d'ouverture encourageant à divulguer les erreurs et à présenter des excuses, l'hôpital a commencé à développer un système d'intervention précoce (*Early Support Activation, ESA*) avec MITSS pour les malades et les familles, en association avec ses départements des services sociaux et des relations avec la patientèle. A long terme, il entend offrir une assistance émotionnelle complète en faveur des patients et de leurs proches ainsi que des fournisseurs de soins (9).

Littérature

- (1) Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 1994;343(8913):1609-13.
- (2) Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patients' experience of surgical accidents. *Quality in Health Care*, 1993;2(2):77-82.
- (3) Duclos CW, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main DS, Pace W, et al. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005;17(6):479-86.
- (4) Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *New England Journal of Medicine*, 2007;356(26):2713-9.
- (5) Wu A. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):726-7.
- (6) Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, 1987;295(6597):533-6.
- (7) Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal General Internal Medicine*, 2006;21(5):419-23.
- (8) Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 1992;7(4):424-31.
- (9) van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Quality and Safety in Health Care*, 2008;17(4):249-52.

Littérature

Chapitre 1

- (1) Kohn L, Corrigan J, Donaldson ME. To err is human. Washington DC: National Academy Press; 1999.
- (2) Vincent C. Patient safety, 2nd edn. Oxford: Wiley Blackwell; 2010.
- (3) McNutt RA, Abrams R, Aron DC, for the Patient Safety C. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(15):1997-2001.
- (4) Layde PM, Maas LA, Teret SP, Brasel KJ, Kuhn EM, Mercy JA, et al. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Injuries. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(15):1993-7.
- (5) Joice P, Hanna GB, Cuschieri A. Errors enacted during endoscopic surgery - a human reliability analysis. *Applied Ergonomics*, 1998;29(6):409-14.
- (6) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (7) Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Quality and Safety in Health Care*, 2001;10(4):250-6.
- (8) Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994;272(23):1851-7.
- (9) Leape LL. Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *Journal of the American Medical Association*, 2000;284(1):95-7.
- (10) Department of H. An organisation with a memory: learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office; 2000.

Chapitre 2

- (1) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (2) Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety – An elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006;296(6):696-9.
- (3) Brennan TA, Localio AR, Leape LL, Laird NM, Peterson L, Hiatt HH, et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization. A cross-sectional study of litigation, quality assurance and medical records of two teaching hospitals. *Annals of Internal Medicine*, 1990;112(3):221-6.
- (4) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients; Results from the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991;324(6):370-6.
- (5) Neale G, Woloshynowych M. Retrospective case record review: a blunt instrument that needs sharpening. *Quality and Safety in Health Care*, 2003;12(1):2-3.
- (6) de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 2008;17(3):216-23.
- (7) Davis P. Health care as a risk factor. *Canadian Medical Association Journal*, 2004;170(11):1688-9.
- (8) Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004;239(4):475-82.
- (9) Burke JP. Infection Control – A Problem for Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 2003;348(7):651-6.
- (10) Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *New England Journal of Medicine*, 2003;348(16):1556-64.
- (11) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 2001;322(7285):517-9.
- (12) Kohn L, Corrigan J, Donaldson ME. To err is human, Washington DC: National Academy Press; 1999.
- (13) Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality and Safety in Health Care*, 2009;18(4):297-302.
- (14) Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, 2003;348(11):1051-6.
- (15) Tsilimingras D, Rosen AK, Berlowitz DR. Patient safety in geriatrics: A call for action. *Journals of Gerontology*, 2003;58(9):813-9.
- (16) Oliver D. ‚Acopia‘ and ‚social admission‘ are not diagnoses: why older people deserve better. *Journal of the Royal Society Medicine*, 2008;101(4):168-74.

- (17) Long S. Adverse events in the care of the elderly (Unpublished PhD thesis); 2010.
- (18) Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):759-63.
- (19) Runciman WB, Williamson JAH, Deakin A, Benveniste KA, Bannon K, Hibbert PD. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality and Safety in Health Care*, 2006;15(suppl_1):i82-i90.
- (20) Vincent C. Incident reporting and patient safety. *British Medical Journal*, 2007;334(7584):51.
- (21) Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *British Medical Journal*, 2007;334(7584):79.

Chapitre 3

- (1) Cook RI, Woods DD, Miller CA. A tale of two stories: contrasting views of patient safety, US National Patient Safety Foundation; 1998.
- (2) Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*. 1998;316(7138):1154-7.
- (3) Woods DD, Cook RI. Nine steps to move forward from error. *Cognition Technology and Work*, 2002;4(2):137-44.
- (4) Senders JW, Moray N. Human error: course, prediction and reduction. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
- (5) Hollnagel E. Cognitive reliability and error analysis method. Oxford: Elsevier; 1998.
- (6) Reason JT. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
- (7) Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):768-70.
- (8) Reason JT. Managing the risks of organisational accidents. Aldershot Ashgate; 1997.
- (9) Toft B. External inquiry into the adverse incident that occurred at Queen's Medical Centre, Nottingham. London: Department of Health; 2001.
- (10) Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, editor. *Clinical risk management: Enhancing patient safety*. London: BMJ Books; 2001. p. 9-30.
- (11) Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*, 2004;13(4):242-3.

Chapitre 4

- (1) Berwick DM. *Escape Fire. Designs for the future of healthcare*. San Francisco: Jossey Bass; 2003.
- (2) Woods DD, Cook RI. Nine steps to move forward from error. *Cognition Technology and Work*, 2002;4(2):137-44.
- (3) Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco Jossey-Bass Publishers; 1996.
- (4) Darzi A. *High Quality Care for All*. Department of Health; 2009.
- (5) Nelson EC, Batalden P, Godfrey MM. *Quality by design. A clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey Bass; 2007.
- (6) Bates DW, Gawande AA. *Improving Safety with Information Technology*. *New England Journal of Medicine*, 2003;348(25):2526-34.
- (7) Bates DW. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):788-91.
- (8) Haig K, Wills L, Pedersen P, Patterson C, Novario M, Hoy R, et al. Improvement Report: Reducing adverse drug events per 1,000 doses. IHI; 2004 [updated 2004/10/15/]; Available from: <http://www.ihl.org/search/pages/results.aspx?k=haig%20ADE>.
- (9) Hollingworth W, Devine EB, Hansen RN, Lawless NM, Comstock BA, Wilson-Norton JL, et al. The impact of e-prescribing on prescriber and staff time in ambulatory care clinics: a time motion study. *Journal American Medical Informatics Association*, 2007;14(6):722-30.
- (10) Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *Journal of the American Medical Association*. 1998;280(15):1311-6.
- (11) Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 2003;163(12):1409-16.

Chapitre 5

- (1) Berwick DM. *Escape Fire. Designs for the future of healthcare*. San Francisco: Jossey Bass; 2003.
- (2) Weingart SS. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 2005;20(9):830.
- (3) Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelmann S, et al. Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 2008;149(2):100-8.
- (4) Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 2007;335(7609):24-7.
- (5) Davis RE, Koutantji M, Vincent CA. How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. *Quality and Safety in Health Care*, 2008;17(2):90-6.
- (6) Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *Journal General Internal Medicine*, 2006;21(4):367-70.
- (7) McGuckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *American Journal Infection Control*, 2004;32(4):235-8.
- (8) Long S, Arora S, Moorthy K, Sevdalis N, Vincent C. Qualities and attributes of a safe practitioner: identification of safety skills in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 2011 (6):483-90.
- (9) Dominguez C, Flach JM, McDermott PC, McKellar DM, Dunn M. The conversion decision in laparoscopic surgery: Knowing your limits and limiting your risks. In: Smith K, Shanteau J, Johnson P, editors. *Psychological investigations of competence in decision making*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 7-39.
- (10) Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi A, Vincent CA. Observational teamwork assessment for surgery (OTAS): refinement and application in urological surgery. *World Journal of Surgery*. 2007;31(7):1373-81.
- (11) Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi SA, Vincent CA. Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal Evaluation in Clinical Practice*, 2006;12(2):182-9.

- (12) Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical Care*, 2003;18(2):71-5.
- (13) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009;360(5):491-9.
- (14) Soar J, Peyton J, Leonard M, Pullyblank AM. Surgical safety checklists. *British Medical Journal*, 2009;338(jan21_1):b220.

Chapitre 6

- (1) Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 1994;343(8913):1609-13.
- (2) Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patients' experience of surgical accidents. *Quality in Health Care*, 1993;2(2):77-82.
- (3) Duclos CW, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main DS, Pace W, et al. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005;17(6):479-86.
- (4) Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *New England Journal of Medicine*, 2007;356(26):2713-9.
- (5) Wu A. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000;320(7237):726-7.
- (6) Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, 1987;295(6597):533-6.
- (7) Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal General Internal Medicine*, 2006;21(5):419-23.
- (8) Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 1992;7(4):424-31.
- (9) van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Quality and Safety in Health Care*, 2008;17(4):249-52.

Publication sécurité des patients Suisse

l'es sen tiel

Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle

ISBN-Nr. 3-905803-08-0



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland