

Apprendre de ses erreurs...

33^e Congrès de la SSMG
1^{ère} Assemblée annuelle de l'Association des Médecins de famille
et de l'enfance Suisse

Dr Philippe Staeger - Prof. Thomas Bischoff

- Sécurité des patients
- Identifier les erreurs médicales
- Réagir face à l'erreur médicale
- Mécanismes impliqués dans la survenue d'une erreur
- Analyse des causes « racines »
- Mesures
- Attitude face aux victimes
- Utilité du CIRSmedical

Définition de l'erreur médicale :

« Echec à accomplir comme prévu une action planifiée, ou choix d'un mauvais plan pour atteindre un certain but ».

Sécurité des patients. Pourquoi s'en occuper?

1999: Rapport du « American Institute Of Medicine » :

« **To err is human...** »

**USA: 44'000 – 98'000 patients décèdent
chaque année des suite d'une erreur médicale**

Sécurité des patients en ambulatoire

Presque toutes les données existantes portent sur l'hôpital. Qu'en est-il de l'ambulatoire?

Peu d'études, peu de chiffres...

Erreurs médicales en pratique ambulatoire

Erreurs principales en médecine ambulatoire:

- Retard de diagnostic
- Insuffisance de mesures préventives
- Problèmes de communication
- Erreurs de médication

Particularités de la pratique ambulatoire, avec impact sur la sécurité des patients:

- Patient libre versus captif
- Méconnaissance de ce qui se passe entre les consultations
- Évolution appréciée sur la base de l'anamnèse
- Adhérence thérapeutique favorisée en milieu captif
- Lien entre événement indésirable et soins difficile à établir
- Intervention de facteurs externes favorisée en ambulatoire
- Sévérité des cas différente
- Le temps utilisé comme outil diagnostique

Comment aborder l'erreur en médecine?

2 étapes:

1. **Identification**
2. **Réaction**

L'identification, et donc l'apprentissage, des erreurs sera considérablement facilitée par toute démarche visant à favoriser la **déclaration** des erreurs:

- Outil de recueil d'incidents (interne ou CIRS) (aviation, aéronautique, nucléaire...)
- Adoption par les cercles de qualité d'une approche systémique et « blame free » plutôt qu'individuelle dans la gestion des erreurs
- Colloque permettant la discussion et l'analyse en profondeur des mécanismes ayant abouti à l'erreur (cercles de qualité)
- Formation des médecins et du personnel paramédical à la sécurité des patients et à la gestion des erreurs médicales

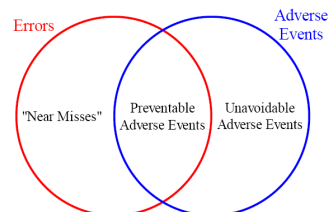
Les systèmes de recueil (ou notification) d'incidents sont surtout utilisés pour rapporter des événements indésirables.

- Souvent insuffisants pour améliorer le système avant qu'un événement n'arrive
- Les événements sont trop rares pour permettre une amélioration continue du système

Importance de compléter cet outil par un autre instrument permettant de « tirer profit » des erreurs, même quand aucun événement n'est survenu.

Terminologie	Définition
Erreurs	
Erreur sévère	Erreur avec potentiel de compromettre le pronostic vital
Erreur mineure	Erreur sans dommage et sans potentiel d'en occasionner
Quasi-événement	Erreur qui aurait pu causer un dommage mais qui n'a pas atteint le patient car interceptée par les barrières de défense
Conséquences	
Événement indésirable évitable 50% !	Domage secondaire à une erreur médicale ou à un défaut du système
Événement indésirable inévitable	Domage qui n'est pas dû à une erreur médicale ou à un défaut du système

Adverse Events & Errors



Polyclinique Médicale Universitaire *Quasi-événements « near-miss »*

Modèle de l'iceberg :
 Les événements indésirables avec dommage forment la partie visible d'un iceberg fait de nombreuses erreurs sans conséquences.
 Les "quasi-événements" sont les situations les plus utiles pour

Analyser
Identifier
Corriger

les défauts du système.

02.07.15 Page 12

Polyclinique Médicale Universitaire *Approche de l'erreur en médecine*

*Faut-il réagir en cas d'erreur?
 Dans quel but?*

La réaction face à une erreur médicale devrait viser 3 objectifs :

- 1. Soutenir les victimes et leurs proches, s'il y en a**
- 2. Soutenir le personnel impliqué**
- 3. Éviter que la même erreur ne se reproduise...**

02.07.15 Page 13

Polyclinique Médicale Universitaire *Approche de l'erreur en médecine*

Comment réagir face à l'erreur en médecine?

2 approches possibles:

- **L'approche individuelle**
- **L'approche systémique**

02.07.15 Page 14

Polyclinique Médicale Universitaire *Approche individuelle*

L'approche individuelle

- Les mauvais gestes sont effectués par des personnes mauvaises
- Il y a toujours un coupable
- La personne qui a fait le geste directement à l'origine de l'évènement indésirable est responsable de l'erreur et sanctionnée

Évite aux collaborateurs et à l'institution de se remettre en question...

« Culture du blâme » « name, blame, shame »

02.07.15 Page 15

Polyclinique Médicale Universitaire *Approche individuelle*

Pourquoi cette méthode est-elle déconseillée?

- dévastatrice pour les personnes concernées
- génère un sentiment intense de culpabilité, de peur et de honte
- la personne désignée devient la 2^{ème} victime de l'erreur
- réduit à néant toute chance de voir cette personne ou le reste du personnel annoncer une nouvelle erreur à l'avenir
- injuste puisque les responsabilités sont beaucoup plus partagées, comme le montre l'approche systémique
- sans influence sur le système de soins

02.07.15 Page 17

Polyclinique Médicale Universitaire *Approche systémique*

L'approche systémique

- les êtres humains sont faillibles
- les erreurs sont inévitables, il y en aura toujours
- elles sont des conséquences et non des causes
- en amont de l'erreur active, il y a un système qui comprend
 - des facteurs latents
 - des conditions favorisant la survenue des erreurs
 - des barrières de défense sensées bloquer les erreurs (en aval)

"Culture positive de l'erreur"

02.07.15 Page 18

Pourquoi cette méthode est-elle conseillée?

- Elle sert de point de départ à une analyse en profondeur du système, à la recherche des causes dites « racines » de l'erreur
- En révélant les failles du système, elle permet de les corriger et de renforcer les défenses
- En cas d'erreur, c'est donc le système et non les personnes qu'il faut changer
- L'important n'est donc pas de trouver qui condamner lorsqu'un événement indésirable se produit, mais qu'est-ce qui a permis à l'erreur de survenir, et pourquoi les défenses ont cédé

Root cause analysis

Approche systématique, structurée et exhaustive:

- Met en évidence les défauts du système qui ont participé à la survenue de l'erreur
- Met en évidence les failles dans les barrières de défense qui ont permis à l'erreur d'aboutir à un événement indésirable
- Permet une transparence dans le dialogue avec le patient et ses proches, basé sur une observation responsable
- Assure de la crédibilité à la gestion de l'affaire
- Puissante méthode d'apprentissage
- Aboutit à une amélioration de la sécurité du patient par les corrections qu'elle permet dans le système

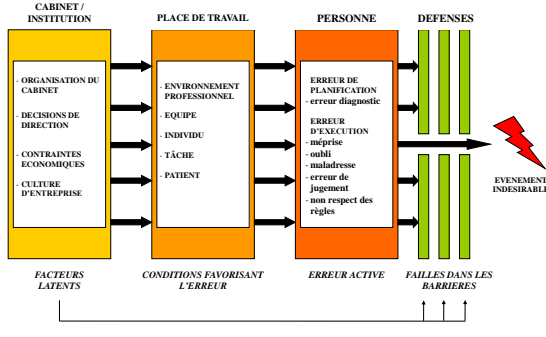
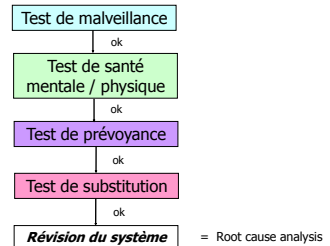
Est ce bien une erreur?

Y a-t-il eu malveillance? Intérêt personnel?

Incident Decision Tree du NHS

<http://www.msnpa.nhs.uk/idt2>

Arbre décisionnel en cas d'erreur ou d'incident



Conditions favorisant l'erreur

- **Environnement** : Environnement physique / environnement professionnel / charge de travail
- **Équipement** : Matériel inapproprié / étiquetage/ mode d'emploi
- **Équipe** : Communication / supervision / responsabilité / compétences
- **Individu** : Santé physique / santé mentale / aptitudes / connaissances
- **Tâche** : Manque de protocoles / tâche hors routine / manque informations
- **Patient** : Collaboration / complexité clinique / langue

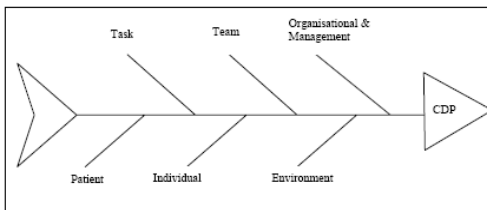
Facteurs latents

- **Organisation :** Horaires / remplacements
- **Direction :** Protocoles / règlements / matériel
- **Économie :** Rentabilité
- **Culture :** Culture d'entreprise / normes culturelles

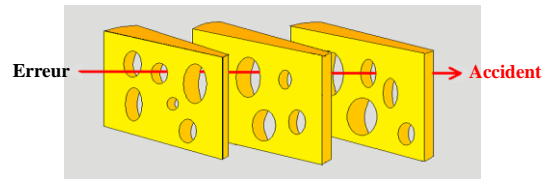
Barrières de défense

- **Recommandations pour la pratique clinique**
- **Doubles contrôles**
- **Supervision**
- **Expérience**
- **Alarmes résultats de laboratoire**
- **Personnel de cabinet**
- **Les connaissances du patient**

Une histoire de poisson...



Et de fromage...



Modèle de pénétration des barrières de défense par la trajectoire d'une erreur grâce à l'alignement des failles (adapté du « swiss cheese model » de J. Reason)

Les règles du jeu doivent être clairement posées:

Pas de jugement, de règlements de compte, ni de sanctions.

Buts

1. Apprendre à partir des erreurs des autres
2. Apprendre à déclarer et affronter les erreurs
3. Former les médecins à la gestion des erreurs médicales par une approche systémique
4. Soutenir de façon non stigmatisante les personnes impliquées dans la survenue d'une erreur médicale
5. Identifier par une analyse des causes les opportunités de prévention primaire et secondaire
6. Corriger les facteurs latents identifiés comme causes racines
7. Identifier les barrières de défense pouvant être mises en place ou renforcées
8. S'assurer de l'information et du soutien aux victimes d'un événement indésirable (2x victime)

Déroulement du colloque:

- Présentation d'une situation par un des participants, sous la modération d'un des médecins présents
- Participation de l'assistance à la réflexion diagnostique et thérapeutique selon une approche systémique
- Conduite d'une "root cause analysis" sur la base du modèle de Reason:

Qu'est-ce qui est arrivé?

↳ *Comment est-ce arrivé?*

↳ *Pourquoi est-ce arrivé?*

- Identification des conditions favorisant l'erreur, des facteurs latents et des insuffisances dans les barrières de défense
- Prise et application de mesures de correction

En cas d'erreur avec conséquences pour le patient:

La transparence est toujours payante !!

- Approche coordonnée
- Procéder à une annonce formelle, préparée, annoncée (accident / erreur)
- Information rapide (<24h)
- Eléments factuels, pas de suppositions
- Expliquer conséquences médicales et thérapeutiques

- Comment on va en tirer des conséquences pour que ça n'arrive plus
- Proposer reprise du suivi par un autre médecin si souhaité + disponibilité
- Endroit calme, sphère privée respectée
- Information sincère, empathique et compassionnelle
- Exprimer son regret et ses excuses
- Valoriser le soutien moral apporté par les proches
- Informer régulièrement du développement des mesures prises

- USA: Seuls **3 – 5%** des patients avec lésions secondaires à une erreur médicale portent plainte !
- Plainte souvent déposée en raison d'une information jugée insuffisante. → savoir ce qui s'est passé, prévenir la récurrence
- L'annonce au patient réduit le risque d'action judiciaire (USA: ↓ 50%)
- Les excuses réduisent le risque d'action judiciaire
- Les compensations financières sont en général plus élevées si l'erreur n'a pas été annoncée
- Colorado: programme d'annonce transparente des erreurs: 2001 – 2004: 153 cas rapportés: **800'000\$** de compensations financières au total

Gallagher TH, Wolstein AD, Gerbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dursoyan WC, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Acad Med* 2006; Aug 14;31(13):1605-11.

Révéler aux patients les erreurs commises:

Ce qu'aiment les patients:

- Possibilité d'avoir un dialogue ouvert sur l'événement subi
- Rencontre formelle

Ce qu'ils n'aiment pas:

- Délai trop long entre l'incident et la séance d'annonce
- Caractère informel
- Manque de suivi
- Absence d'excuses
- Impossibilité de communiquer

Iedema R, Sorensen R, Manias E, et al. Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events. *Int J Qual Health Care*. 2008; 20(6): 421-32

Suède: **Système d'assurance nationale:**

- Annonce des erreurs par les patients
 - Analyse par experts cliniciens extra-judiciaires
 - Indemnisation si préjudice confirmé
 - Aucune conséquence pour le médecin (blame-free)
 - Cas non communiqués aux autorités
 - Aucun dossier sur le médecin n'est établi
- 2 déclarations pour 1000 sorties d'hôpital.
 - 50% validé → indemnisation (perte de revenu, frais médicaux, douleur)
 - Chirurgie concernée +++

Pukk-Härenstam K, Ask J, Brommels M, et al.: Analysis of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. *Post Grad. Med. Journal* 2009; 85: 69-73 (reprint) / *Quality & Safety Health Care*. 2008; 17: 259-263



Oups!...



Télé de : joaim.football.co.uk/post/246707.html le 16 août 2007

Merci de votre attention!